

DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL A PARTIR DE LA NORMA ISO
14001:2015 EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
OCUPACIONAL UNIMSALUD S.A.S.

PRESENTADO POR:
JOHANNA ORTEGA FLOREZ.
CÓDIGO: 463214180.



UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS AGROPECUARIAS
INGENIERÍA AMBIENTAL
FACATATIVÁ
2020

DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL A PARTIR DE LA NORMA ISO
14001:2015 EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
OCUPACIONAL UNIMSALUD S.A.S.

PRESENTADO POR:
JOHANNA ORTEGA FLOREZ.
CÓDIGO: 463214180.

PROYECTO DE PASANTÍA COMO OPCIÓN DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO
DE INGENIERA AMBIENTAL

Director:

INGENIERO BRINTON RAFAEL URINA MONTENEGRO
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA



UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS AGROPECUARIAS
INGENIERÍA AMBIENTAL
FACATATIVÁ
2020.

Agradecimientos:

En primer lugar agradezco a Dios, por concederme la dicha de crecer junto a una familia hermosa colmada de mucho amor, comprensión y cariño, los cuales siempre estuvieron dispuestos a escucharme, comprenderme, pero sobre todo a guiarme por el camino del bien, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Sin ellos no hubiera llegado a ser la persona que soy, es por ello que dedico este trabajo a mi familia y a todas aquellas personas que siempre han estado conmigo.

Han sido 5 años de mucho esfuerzo y compromiso llenos de retos y nuevas experiencias, en los cuales he adquirido nuevos conocimientos y me han ayudado a formarme como una persona íntegra, capaz de desarrollar y proponer soluciones desde la ingeniería ambiental.

Finalmente agradezco a mis tutores, los cuales contribuyeron al desarrollo de dicho proyecto, con sus conocimientos y experiencias.

Tabla de contenido

1	RESUMEN	12
2	INTRODUCCIÓN	13
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
4	JUSTIFICACIÓN.....	19
5	OBJETIVOS.....	20
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	20
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
6	GENERALIDADES.....	21
6.1	DATOS GENERALES:	21
6.2	RESEÑA HISTÓRICA:	21
6.3	MAPA DE PROCESOS	22
6.4	ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN	24
6.4.1	<i>Sede Asistencial.....</i>	<i>24</i>
6.4.2	<i>Sede Administrativa.....</i>	<i>25</i>
6.5	ORGANIGRAMA.....	27
6.6	RECURSO HUMANO.....	29
6.7	FLUJO DE PROCESOS.....	31
7	MARCO REFERENCIAL.....	33
7.1	MARCO TEÓRICO.....	33
7.2	MARCO CONCEPTUAL.....	35
7.3	MARCO LEGAL	40
8	METODOLOGÍA.....	45
8.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	45
8.2	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	46
8.3	DIAGNÓSTICO AMBIENTAL INICIAL.....	49
8.3.1	<i>Revisión ambiental inicial sede asistencial</i>	<i>58</i>
8.3.2	<i>Revisión ambiental inicial Sede administrativa.....</i>	<i>80</i>
8.3.3	<i>Revisión ambiental inicial unidad extramural.....</i>	<i>90</i>

8.4	BALANCE DE MASAS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
8.4.1	<i>Entradas y salidas del Proceso asistencial.</i>	96
8.4.2	<i>Entradas y salidas del proceso administrativo.</i>	101
8.4.3	<i>Entradas y salidas del proceso de unidad extramural.</i>	104
8.5	ASPECTOS AMBIENTALES	107
8.6	PROGRAMAS AMBIENTALES	111
8.7	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	121
8.7.1.1	Comprensión de la organización y su contexto	121
8.7.1.2	Direccionamiento estratégico	123
8.7.1.2.1	Misión	124
8.7.1.2.2	Visión	124
8.7.1.2.3	Valores corporativos	125
8.7.1.3	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	126
	 ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
8.7.1.4	Determinación del alcance del sistema de gestión ambiental	130
8.7.1.5	Análisis de factores externos e internos.	130
8.7.1.5.1	Análisis FODA	130
8.7.1.5.2	Estrategia FODA	133
8.7.1.6	Caracterización de los procesos	135
8.7.2	<i>Liderazgo</i>	137
8.7.2.1	Liderazgo y compromiso	137
8.7.2.2	Política ambiental	137
8.7.2.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	138
8.7.3	<i>Planificación</i>	138
8.7.3.1	Acciones para abordar el riesgo y oportunidades	138
8.7.3.1.1	Generalidades	138
8.7.3.1.2	Requisitos legales y otros requisitos	150
8.7.3.1.3	Planificación de acciones	150
8.7.3.2	Objetivos ambientales y planificación para lograrlos	150
8.7.3.2.1	Objetivos ambientales	150

8.7.3.2.2	Planificación de acciones para lograr los objetivos ambientales	159
8.7.4	Apoyo	169
8.7.4.1	Recursos	169
8.7.4.2	Competencias	170
8.7.4.3	Toma de conciencia	171
8.7.4.4	Comunicación	174
8.7.4.4.1	Generalidades	174
8.7.4.4.2	Comunicación interna	177
8.7.4.4.3	Comunicación externa	177
8.7.4.5	Información documentada	180
8.7.4.5.1	Generalidades	180
8.7.4.5.2	Creación y actualización	186
8.7.4.5.3	Control de la información documental	186
	187
8.7.4.6	Preparación y respuesta ante emergencias	188
9	MEJORA CONTINUA	194
10	CONCLUSIONES	195
11	BIBLIOGRAFÍA	195

Tabla de figuras

FIGURA 1	DIAGRAMA ESPINA DE PESCADO, CAUSAS Y EFECTOS POTENCIALES POR LA AUSENCIA EN LA IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES GENERADOS POR LA EMPRESA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA	17
FIGURA 2	DIAGRAMA ESPINA DE PESCADO, CAUSAS Y EFECTOS POTENCIALES POR LA AUSENCIA DE UN DIAGNÓSTICO AMBIENTAL INICIAL EN LA EMPRESA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	17
FIGURA 3	DIAGRAMA ESPINA DE PESCADO, CAUSAS Y EFECTOS POTENCIALES POR LA FALTA DE PLANEACIÓN DE HERRAMIENTAS, RECURSOS Y ACTIVIDADES PARA GARANTIZAR LA MEJORA CONTINUA DEL SGA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	18
FIGURA 4	DIAGRAMA ESPINA DE PESCADO, CAUSAS Y EFECTOS POTENCIALES POR NO CONTAR CON OBJETIVOS, METAS Y PROGRAMAS, PARA EL CONTROL DE IMPACTOS GENERADOS AL AMBIENTE. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	18
FIGURA 5	SEDE ADMINISTRATIVA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	22
FIGURA 6	SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA	22
FIGURA 7	SEDE SPA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA	22

FIGURA 8 MAPA DE PROCESOS. FUENTE: DOCUMENTO ODPE-005MAPA DE PROCESOS.....	23
FIGURA 9 ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN SEDE ASISTENCIAL PRIMER PISO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	24
FIGURA 10 ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN SEDE ASISTENCIAL SEGUNDO PISO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	25
FIGURA 11 ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN SEDE ADMINISTRATIVA PRIMER PISO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	25
FIGURA 12 ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN SEDE ADMINISTRATIVA TERCER PISO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	26
FIGURA 13 ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN SEDE ADMINISTRATIVA SEGUNDO PISO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	27
FIGURA 14 ORGANIGRAMA. FUENTE: DOCUMENTO ODGH-016 ORGANIGRAMA	28
FIGURA 15 FLUJO DE PROCESO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	32
FIGURA 16 FLUJO DE PROCESO EN LA SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	32
FIGURA 17 CICLO PHVA DE DEMING. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	37
FIGURA 18 SISTEMA DE RECOLECCIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS RS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	38
FIGURA 19 METODOLOGÍA OBJETIVO NÚMERO N° 1 Y 2.FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	47
FIGURA 20 METODOLOGÍA OBJETIVO NÚMERO N° 2.FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	48
FIGURA 21 METODOLOGÍA OBJETIVO NÚMERO N° 3.FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	48
FIGURA 22 VALORACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA LA CLÁUSULA N°4.FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	52
FIGURA 23 VALORACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA LA CLÁUSULA N°5. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	53
FIGURA 24 VALORACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA LA CLÁUSULA N°6. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	54
FIGURA 25 VALORACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA LA CLÁUSULA N°7. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	54
FIGURA 26 VALORACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA LA CLÁUSULA N°8.FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA	55
FIGURA 27 VALORACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA LA CLÁUSULA N° 9.FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	56
FIGURA 28 VALORACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA LA CLÁUSULA N° 10.FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	57
FIGURA 29 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AMBIENTAL POR CLAUSULAS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	57
FIGURA 30 DIAGRAMA DE ENTRADAS Y SALIDAS, SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	100
FIGURA 31DIAGRAMA DE ENTRADAS Y SALIDAS, SEDE ADMINISTRATIVA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	104
FIGURA 32 DIAGRAMA DE ENTRADAS Y SALIDAS, UNIDAD EXTRAMURAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	106
FIGURA 33 MATRIZ DE LEOPOLD. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	107
FIGURA 34 PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	112
FIGURA 35 PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	113

FIGURA 36 PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE AGUA POTABLE Y ENERGÍA ELÉCTRICA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	114
FIGURA 37 PROGRAMA DE CONTROL LOCATIVO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	115
FIGURA 38 PROGRAMA DE CONTROL DE EMISIONES ATMOSFÉRICAS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA	116
FIGURA 39 PROGRAMA DE CONTROL DE EMISIONES ATMOSFÉRICAS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	117
FIGURA 40 PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE ENTRADAS Y SALIDAS DE INSUMOS O EPPS FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	119
FIGURA 41 INVENTARIO DE RESIDUOS PELIGROSOS ADMINISTRATIVOS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	120
FIGURA 42 COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	126
FIGURA 43 FACTORES INTERNOS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	131
FIGURA 44 FACTORES EXTERNOS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	132
FIGURA 45 ESTRATEGIA FODA FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	133
FIGURA 46 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	135
FIGURA 47 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	136
FIGURA 48 NTC ISO 31000:2011 GESTIÓN DEL RIESGO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	139
FIGURA 49 MATRIZ DE INDICADORES DE GESTIÓN. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	158
FIGURA 50 EFICIENCIA DE CAPACITACIÓN. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	172
FIGURA 51 LISTADO DE ASISTENCIA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	173
FIGURA 52 EVALUACIÓN Y CAPACITACIÓN. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	174
FIGURA 53 CLASIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DENTRO DEL SISTEMA.....	180
FIGURA 54 CODIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SGA.....	181
FIGURA 55 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS Y REGISTRO.....	187

CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1. RECURSO HUMANO SEDE ADMINISTRATIVA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	29
TABLA 2. RECURSO HUMANO SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	30
TABLA 3. RECURSO HUMANO SPA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	31
TABLA 4. MARCO LEGAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	40
TABLA 5. VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO AMBIENTAL INICIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	50
TABLA 6 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PARA LA CLÁUSULA 4. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	51

TABLA 7 REVISIÓN AMBIENTAL INICIAL-SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	59
TABLA 8 EVALUACIÓN CONSUMO DE PAPEL- SEDE ASISTENCIAL. FUENTE ELABORACIÓN PROPIA.	63
TABLA 9 RAI, EVALUACIÓN LUMINARIA-SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	65
TABLA 10 EVALUACIÓN CALIDAD DEL AIRE INTERNO- SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	68
TABLA 11 RAI, EVALUACIÓN ENERGÍA ELÉCTRICA -SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	69
TABLA 12 RAI, EVALUACIÓN SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS-SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	70
TABLA 13 RAI, PROCESO COMPRAS-SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	71
TABLA 14 RAI, EVALUACIÓN SUMINISTRO DE AGUA POTABLE- SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	74
TABLA 15 RAI, EVALUACIÓN SEGREGACIÓN RESIDUOS SÓLIDOS NO PELIGROSOS.- SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	75
TABLA 16 RAI RESIDUOS PELIGROSOS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	77
TABLA 17 RAI, EVALUACIÓN PAISAJE ÁREAS EXTERNAS- SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	78
TABLA 18 EVALUACIÓN TRANSPORTE- SEDE ASISTENCIAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	79
TABLA 19 REVISIÓN AMBIENTAL INICIAL- SEDE ADMINISTRATIVA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA	80
TABLA 20 RAI, EVALUACIÓN CONSUMO PAPEL- SEDE ADMINISTRATIVA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	82
TABLA 21 RAI, EVALUACIÓN CALIDAD DEL AIRE INTERNO -SEDE ADMINISTRATIVA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	83
TABLA 22 RAI, EVALUACIÓN ENERGÍA ELÉCTRICA- SEDE ADMINISTRATIVA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	84
TABLA 23 RAI, EVALUACIÓN AGUA POTABLE- SEDE ADMINISTRATIVA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	85
TABLA 24 RAI, EVALUACIÓN RESIDUOS NO PELIGROSOS- SEDE ADMINISTRATIVA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	88
TABLA 25 RAI, EVALUACIÓN RESIDUOS PELIGROSOS- SEDE ADMINISTRATIVA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	89
TABLA 26 REVISIÓN AMBIENTAL INICIAL- UNIDAD EXTRAMURAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	90
TABLA 27 RAI, EVALUACIÓN CONSUMO DE PAPEL UNIDAD EXTRAMURAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	92
TABLA 28 RAI, EVALUACIÓN ILUMINACIÓN UNIDAD EXTRAMURAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	93
TABLA 29 RAI, EVALUACIÓN AGUA POTABLE UNIDAD EXTRAMURAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	94
TABLA 30 RAI, EVALUACIÓN CALIDAD DEL AIRE INTERNO UNIDAD EXTRAMURAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	94
TABLA 31 RAI, EVALUACIÓN RESIDUOS NO PELIGROSOS UNIDAD EXTRAMURAL. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA	94
TABLA 32 VALORACIÓN PARA LOS IMPACTOS NEGATIVOS. FUENTE: METODOLOGÍA DE LEOPOLD.	108
TABLA 33 . VALORACIÓN PARA LOS IMPACTOS POSITIVOS .FUENTE: METODOLOGÍA DE LEOPOLD.	108
TABLA 34 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	121
TABLA 35 PARTES INTERESADAS INTERNAS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	127

TABLA 36 PARTES INTERESADAS EXTERNAS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	128
TABLA 37 ESTRATEGIA FODA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	133
TABLA 38 MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE REIESGOS.	141
TABLA 39 OBJETIVOS AMBIENTALES. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA	151
TABLA 40 PLANIFICACIÓN DE ACCIONES. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	159
TABLA 41 TOMA DE CONCIENCIA. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	171
TABLA 42 PROCESO DE COMUNICACIÓN UNIMSALUD. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	175
TABLA 43 CLASIFICACIÓN TIPO DE GRAVEDAD. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	178
TABLA 44 CLASIFICACIÓN TIPO DE GRAVEDAD. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.....	179
TABLA 45 CODIFICACIÓN. DOCUMENTOS.	181
TABLA 46 CODIFICACIÓN DOCUMENTACIÓN SGA.	182
TABLA 47 CODIFICACIÓN DOCUMENTACIÓN SGA.	182
TABLA 48 EFICACIA DEL CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA DEL SGA.	183
TABLA 49 RUTA DE APOYO, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	193

Tabla de Anexos

ANEXO 1. DIAGRAMA DE GANTT.....	(CARPETA DIGITAL ANEXA)
ANEXO 2. LISTA DE CHEQUEO RAI	(CARPETA DIGITAL ANEXA)
ANEXO 3. PRIORIZACION DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES (MATRIZ LEOPOLD)	(CARPETA DIGITAL ANEXA)
ANEXO 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SGA.	(CARPETA DIGITAL ANEXA)
ANEXO 5. FORMATO FRCO-020-REQUISICION DE EPPS E INSUMOS.....	(CARPETA DIGITAL ANEXA)
ANEXO 6. FOMATO FRCO-003 MOVIMIENTO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS.	(CARPETA DIGITAL ANEXA)
ANEXO 7. FORMATO FRCO-019-CONTROL DE INVENTARIO DE ALMACEN.....	(CARPETA DIGITAL ANEXA)
ANEXO 8. FORMATO FRCO-013 SELECCIÓN DE PROVEEDORES.	(CARPETA DIGITAL ANEXA)
ANEXO 9. FORMATO FRCO-007 REGISTRO DE PROVEEDORES.	(CARPETA DIGITAL ANEXA)
ANEXO 10. DOCUMENTO ODPE-025 MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS.	(CARPETA DIGITAL ANEXA)
ANEXO 11. DOCUMENTO ODPE-028 ANÁLISIS FODA 2019.	(CARPETA DIGITAL ANEXA)
ANEXO 12. DOCUMENTO ODGH-018 MANUAL DE RESPONSABILIDADES POR CARGO.....	(CARPETA DIGITAL ANEXA)

ANEXO 13. DOCUMENTO ODPE-018 MATRIZ RIESGO DEL SGI. (CARPETA DIGITAL ANEXA)

ANEXO 14. FORMATO FRHSEQ-004 - MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES. (CARPETA DIGITAL ANEXA)

ANEXO 15. DOCUMENTO ODPE-027 MATRIZ DE SEGUIMIENTO..... (CARPETA DIGITAL ANEXA)

ANEXO 16. MATRIZ INDICADORES DE GESTION 2019. (CARPETA DIGITAL ANEXA)

ANEXO 17. CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL. (CARPETA DIGITAL ANEXA)

Resumen

UNIMSALUD S.A.S es una institución prestadora de servicios de salud y seguridad en el trabajo ubicada en la ciudad de Bogotá. Ha permanecido en el mercado alrededor de 25 años ejerciendo dicha actividad; sin embargo estas generan impactos al ambiente alterando de manera indirecta los ecosistemas, así como el escaso control referente a temas ambientales por la falta de planeación de actividades que contribuyan a direccionar el crecimiento de la empresa hacia procesos de desarrollo sostenible. Por este motivo se toma la iniciativa de diseñar un SGA, con el cual se evalué el desempeño ambiental de la organización mediante indicadores de gestión, auditorias e inspecciones, además de la implementación de tecnologías limpias ,educación ambiental, ahorro y optimización de recursos, control de aspectos e impactos ambientales, dando cumplimiento a la normativa aplicable para la empresa. Así mismo proporcionara una mayor importancia a temas medio ambientales primordiales para la protección y la prevención de la contaminación teniendo en cuenta las necesidades socioeconómicas de la organización.

Una vez desarrollado el diagnóstico ambiental inicial, se establecerán objetivos, metas y programas a partir de la política ambiental. Finalmente se determinarán las herramientas, recursos y actividades necesarias para garantizar la efectividad, seguimiento y mejora continua del SGA.

Palabras claves: Sistema de gestión, medio ambiente, ciclo PHVA, mejora continua, programas ambientales, política ambiental, aspectos e impactos ambientales.

Introducción

A medida que aumenta el poder del hombre sobre la naturaleza y aparecen nuevas necesidades como consecuencia de la vida en sociedad, el medio ambiente que lo rodea se deteriora cada vez más (Peñaloza Páez, 2012), de esta manera se genera la contaminación ambiental como problemática obtenida de diversas fuentes en el planeta tierra y dado a que los principales y únicos protagonistas somos los seres humanos (vidal martinez & botero quinceno , 2016), por lo tanto conviene destacar que a raíz de la contaminación se pueden presentar impactos ambientales desde un daño leve y temporal hasta la destrucción continua en el tiempo que impide la natural recuperación del medio ambiente (A orellana, 2007). En consecuencia, la contaminación del medio ambiente constituye uno de los problemas más críticos en el mundo y es por ello que ha surgido la necesidad de crear conciencia y la búsqueda de alternativas para su solución (Peñaloza Páez, 2012).

De acuerdo a lo anterior, se han venido efectuando compromisos en diferentes países los cuales han permitido mitigar y controlar efectos nocivos para el medio ambiente y la humanidad. Es el caso del plan de acción de las Naciones Unidas para el desarrollo en el siglo XXI, también conocido como la Agenda 21 ejecutada en 1992 en Río de Janeiro, en la cual participaron 172 países miembro de Naciones Unidas, donde se consignaron una serie de acuerdos entre gobiernos que señalan un progreso significativo de la cooperación internacional en temas de desarrollo y medio ambiente. Además, del compromiso político respecto a estos acuerdos al más alto nivel y se situó el tema del desarrollo sostenible en el centro de la agenda diplomática internacional, abriendo nuevos caminos para la comunicación y cooperación entre las organizaciones oficiales que trabajan en el ámbito del desarrollo y el medio ambiente (Suárez Tamayo & Molina Esquivel, 2014). Otro acontecimiento consistió en la creación de la “Organización Internacional para la Estandarización o “International Organization for Standardization” (ISO), fundada en 1947 en Ginebra, esta es una organización internacional no gubernamental, compuesta por representantes de los organismos de normalización (ONs) nacionales” (Pérez Uribe & Bejarano, 2008, pág. 90), en el año de 1996 se evidenciaron los primeros escritos referentes a la norma ISO 14001, siendo actualizada en el año 2004. Once años más tarde se realizó la última modificación ISO 14001:2015 la versión vigente, la cual, ha sido adoptada por más de 300.000 usuarios de certificados en 155

países de todo el mundo, es la primera serie de normas que facilita a las organizaciones de todo el mundo realizar los esfuerzos ambientales necesarios para frenar los numerosos efectos negativos de este fenómeno en los entornos naturales (Martín García , Sorinas González, fernandez perez, & Bello Hernández, 2015).

Del mismo modo, en las empresas se ha incrementado notablemente la importancia del diseño e implementación de los Sistemas de Gestión Ambiental (SGA), demostrando la eficacia y eficiencia de los procesos que las componen. Además creando rutas para identificar y manejar sistemáticamente los aspectos e impactos ambientales generados (Acuña, Figueroa , & Wilches, 2017), constituyendo un compromiso ambiental de la prevención de la contaminación.

Es así que la institución prestadora de servicios de salud y seguridad en el trabajo UNIMSALUD S.A.S dedicada a la prestación de servicios de salud, actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene y seguridad industrial; diseño, asesoría, consultoría, auditoría y educación en cada una de estas áreas, acorde a sus políticas , valores corporativos, satisfacción de las partes interesadas y cambios del mercado, ha identificado la necesidad de certificarse en la norma ISO 14001:2015, con el cual busca asegurar el cumplimiento legal, contribuir a optimizar la calidad de la gestión de servicios de salud, aumento en la productividad, protección de recursos naturales y la satisfacción de sus clientes, por medio del diseño del sistema de gestión ambiental como primera medida.

Planteamiento del problema

En los últimos años se ha venido presentado un avanzado desarrollo principalmente en el sector comercial e industrial, alterando la estructura económica, social, política y cultural a nivel mundial, diversificando patrones de consumo, hábitos, comportamientos, ocupación del espacio, aumento de la población, disminución de la seguridad alimentaria, daño en la capa de ozono, aumento del calentamiento global, deshielo masivo, propagación de enfermedades infecciosas, riesgos ambientales derivados de los métodos empleados para tratamiento y disposición final de residuos entre otros (Pérez Uribe & Bejarano, 2008). Dicho efecto ha generado un fuerte impacto sobre los recursos naturales, traducido en altos niveles de contaminación en el agua, suelo y aire.

A nivel mundial se ha confirmado que los centros de salud como clínicas y hospitales generan un fuerte impacto al ambiente (Tlapa, Limón, & Báez, 2009), contribuyendo con el cambio climático, sin embargo, no se conoce con precisión el impacto del sector salud en el cambio climático, pero se presume que es sustancial.

En los Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU), la sanidad es el segundo sector que más contamina después de la industria de la alimentación” (Bambarén-Alatrística & Alatrística-Gutiérrez de Bambarén, 2014, pág. 713). Asimismo en el Reino Unido, los hospitales generan más de 18.000 millones de toneladas de CO² por año, lo que representa el 25% del total de las emisiones del sector público (NATIONAL HEALT SERVICE, 2009). Según Bombarén “Los hospitales son el segundo consumidor intensivo de energía en el sector comercial, gastando US\$ 8,5 billones en energía anual para atender las necesidades de los pacientes y utilizando el doble de gasto de energía por pie cuadrado que las áreas de oficinas”.

Actualmente las instituciones hospitalarias en Colombia en su condición de prestadores de servicio de salud, debido a su dinámica y relación causal con elementos externos, pueden provocar efectos en el entorno circundante y generar desequilibrios en los ambientes tanto físico, químico como biológico al igual que cualquier industria (Suárez Tamayo & Molina Esquivel, 2014). La producción de residuo peligrosos hospitalarios, consumo de recursos no renovables como el agua potable y la energía eléctrica, afectan la salud no solo del ambiente sino de los trabajadores o pacientes que componen estos centros.

De acuerdo a lo anterior, la IPS UNIMSALUD S.A.S ubicada en la Ciudad de Bogotá dedicada a la prestación de servicios de salud y seguridad en el trabajo, no cuenta con un sistema de gestión ambiental ISO 14001:2015, ya que no se le ha dado una mayor relevancia al componente ambiental, generando un escaso control en los impactos que se producen en el desarrollo de las actividades propias de la empresa. Además de la falta de un diagnóstico inicial, que permita conocer e identificar los aspectos ambientales que desencadenan dichos impactos. Así mismo se evidencia un bajo nivel cultural en los colaboradores en referencia a la preservación de los recursos naturales y la falta de implementación de tecnologías limpias. Al no existir una planificación de metas, objetivos, política y programas se genera una inadecuada segregación de residuos sólidos en la fuente; uso excesivo de agua potable y energía eléctrica, desperdicio de hojas de papel en impresiones innecesarias, incumplimiento de algunos requisitos legales establecidos por las autoridades competentes y falencias en el cálculo de indicadores de gestión, auditorias e inspecciones ambientales; en la figura 1, 2, 3 y 4 se presentan los diagramas de espina de pescado en los cuales se observa las causas y efectos potenciales de las principales problemáticas identificadas en la empresa.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge la necesidad de diseñar un SGA que ayude a controlar los aspectos e impactos ambientales generados por la empresa, con el ánimo de brindar un mejor servicio al público en salud y seguridad en el trabajo, enfocado hacia procesos de desarrollo sostenible.

¿Requiere la empresa controlar los aspectos e impactos ambientales generados por la prestación de servicios, diseñando un SGA?

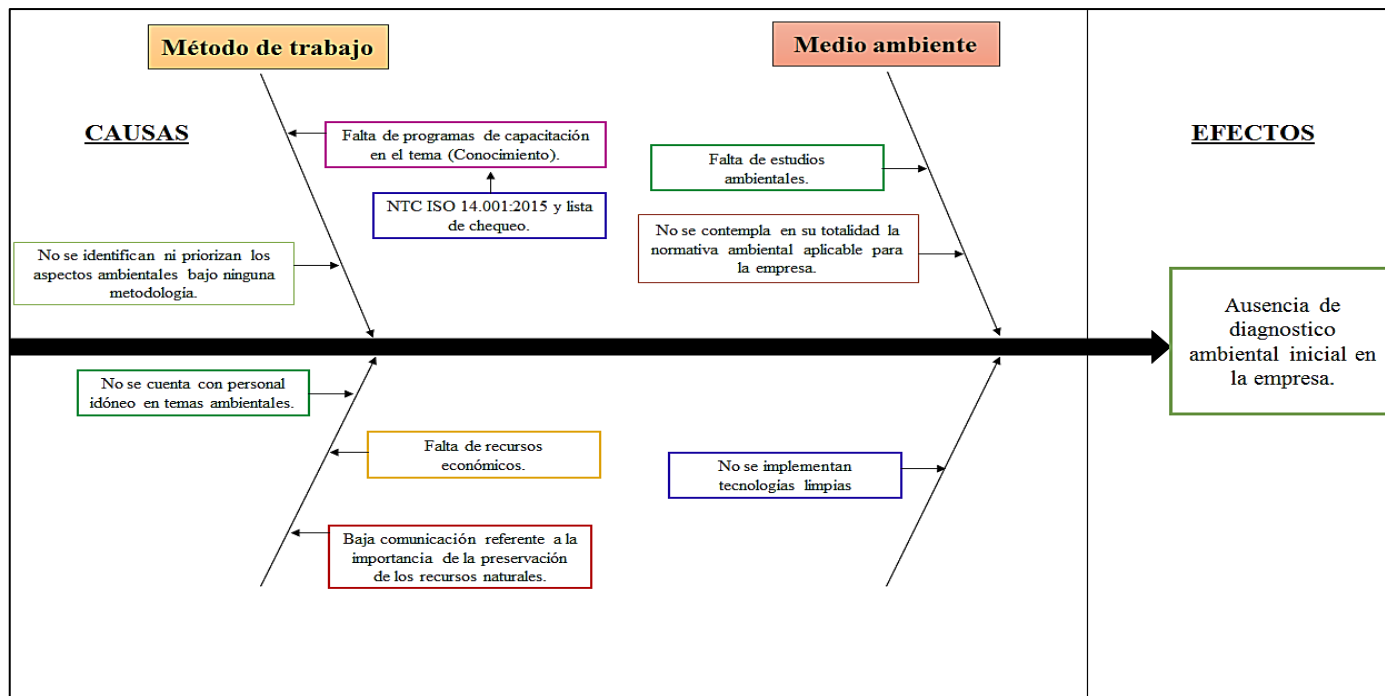


Figura 1 Diagrama espina de pescado, causas y efectos potenciales por la ausencia de un diagnóstico ambiental inicial en la empresa. Fuente: Elaboración propia.

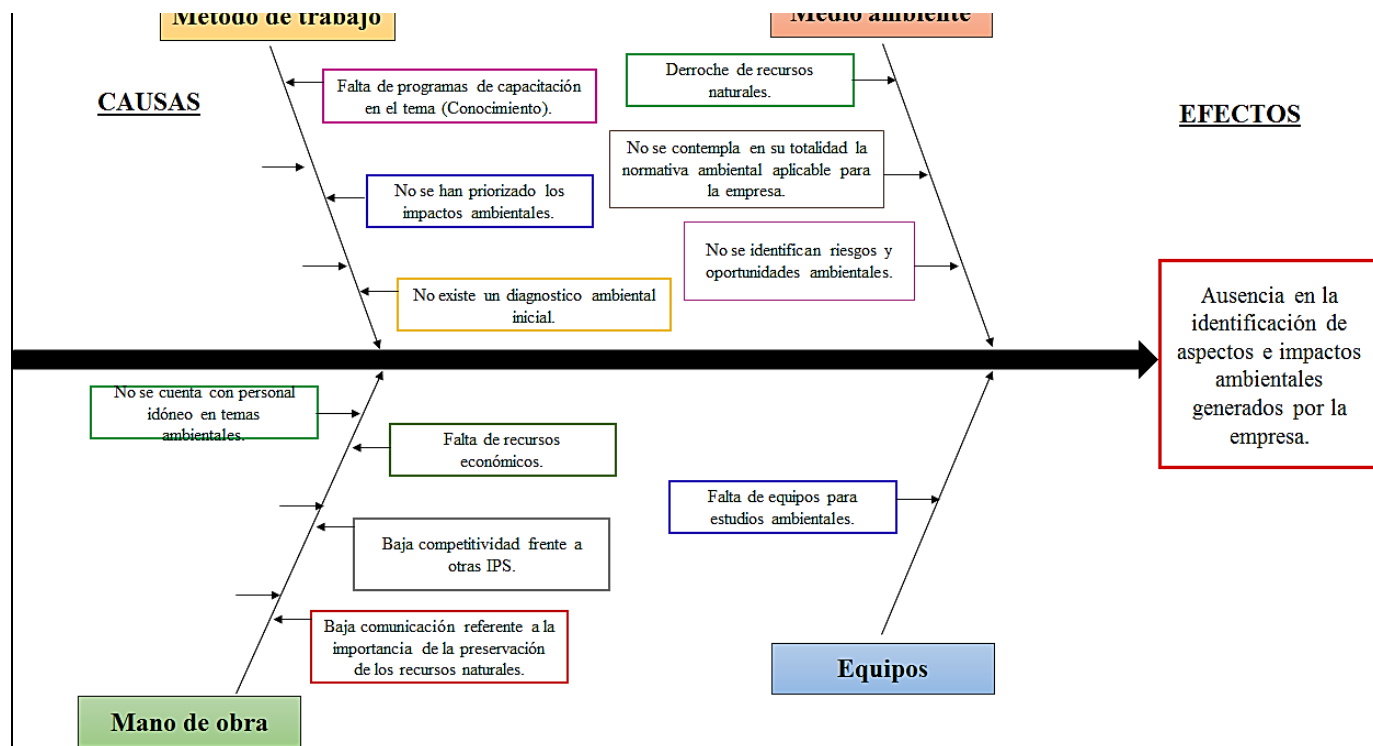


Figura 2 Diagrama espina de pescado, causas y efectos potenciales por la ausencia en la identificación de aspectos e impactos ambientales generados por la empresa. Fuente: Elaboración propia.

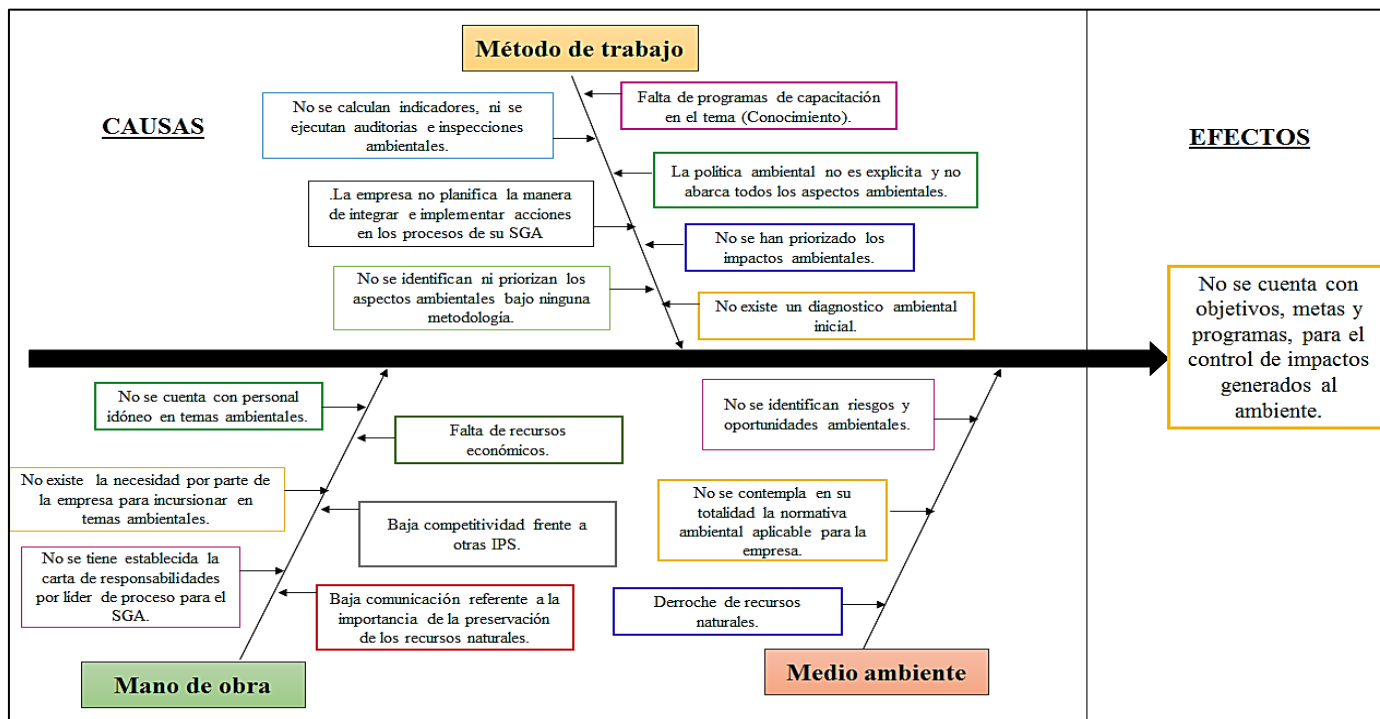


Figura 4 Diagrama espina de pescado, causas y efectos potenciales por no contar con objetivos, metas y programas, para el control de impactos generados al ambiente. Fuente: Elaboración propia.

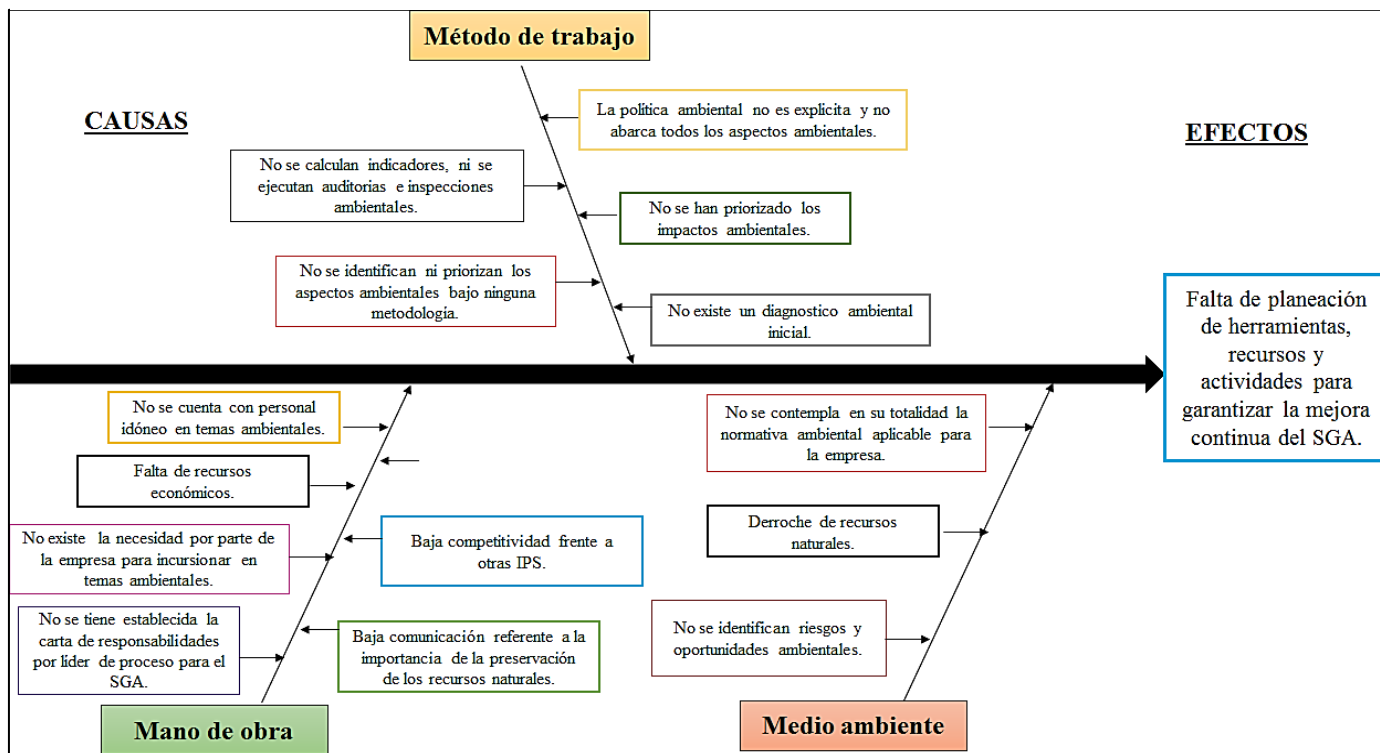


Figura 3 Diagrama espina de pescado, causas y efectos potenciales por la falta de planeación de herramientas, recursos y actividades para garantizar la mejora continua del SGA. Fuente: Elaboración propia.

Justificación

El presente trabajo se enfocará en el diseño del SGA ISO 14001:2015 en la IPS UNIMSALUD S.A.S, puesto que se evidenció el escaso control de los aspectos e impactos ambientales generados por la actividad de la empresa; de este modo el proyecto permitirá en primer lugar intervenir y controlar los aspectos e impactos ambientales dentro de la cadena de valor de los servicios prestados. En segundo lugar, el diseño de objetivos, metas, políticas y programas que permitirán entre otras cosas la reducción de costos en el consumo de agua potable y energía eléctrica así como la gestión de residuos hospitalarios, aumento de materiales aprovechables, reciclaje de papel, mejora de la organización, satisfacción y aumento de clientes, usuarios y otros grupos interesados al resolver los requerimientos y exigencias referentes a la responsabilidad ambiental, entre otros. Según Acuña “el ahorro por mejoras ambientales es considerado un factor que genera beneficios sobre la gestión financiera asociado a las actividades de mejora que se desarrollan en los procesos” (Acuña, Figueroa, & Wilches, 2017, pág. 149), además de ofrecer una mirada integral dirigida hacia el desarrollo sostenible bajo un esquema ecoeficiente” (Acuña, Figueroa, & Wilches, 2017, pág. 145).

Es importante mencionar que UNIMSALUD S.A.S actualmente se encuentra certificada en sistemas de calidad ISO 9001:2015, planificando la transición del sistema de salud y seguridad en el trabajo a la norma más reciente y diseñando el sistema de gestión en Ambiental ISO 14001:2015. Por lo anterior, se puede concluir que al existir un sistema de gestión de calidad implementado, se tiene una excelente oportunidad de integrar el SGA.

Objetivos

1.1 Objetivo general

Diseñar el Sistema de Gestión Ambiental (SGA) a partir de la norma ISO 14001:2015 en la Institución prestadora de servicios de salud ocupacional UNIMSALUD S.A.S, el cual permitirá evaluar el desempeño ambiental de la organización, orientando las actividades que realizan hacia procesos sostenibles.

1.2 Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico ambiental inicial en la empresa.
- Identificar los aspectos e impactos ambientales que se puedan generar por los procesos que se llevan a cabo en la institución.
- Establecer objetivos, metas y programas dirigidos al cumplimiento de la política ambiental, mitigando los impactos generados al medio ambiente.
- Definir las herramientas, recursos y actividades necesarias para garantizar la efectividad, seguimiento y mejora continua del SGA

Generalidades

1.3 Datos generales:

RACIÓN SOCIAL: Servicios de salud ocupacional UNIMSALUD S.A.S

NOMBRE DE LA EMPRESA: UNIMSALUD S.A.S

REPRESENTANTE LEGAL: Mariela Rodríguez de Rodríguez.

ACTIVIDAD COMERCIAL: Prestación de servicios de salud ocupacional.

1.4 Reseña histórica:

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL UNIMSALUD S.A.S, fue constituida el 5 de Octubre de 1994, como una unidad médica especializada en salud en el trabajo, cuyo objeto social se enmarca en la prestación de servicios de salud en el trabajo, actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene y seguridad industrial; diseño, asesoría, consultoría, auditoría y educación en cada una de estas áreas con énfasis en la prestación de servicios empresariales e institucionales a empresas públicas y/o privadas acorde con los objetivos de la compañía.

Esta compañía nace como una respuesta a la necesidad de prestar servicios médicos especializados a las empresas que asesoraban a través del INSTITUTO EMPRESARIAL LATINOAMERICANO y del Ingeniero NÉSTOR RAÚL ABELLA W., quienes dentro de su portafolio ofrecían servicios médicos de salud ocupacional pero que no contaban con la infraestructura para realizarlos, razón por la cual se da inicio a Servicios de Salud Ocupacional SERVISALUD Ltda., con el fin de llevar a cabo todas las actividades inherentes a medicina preventiva, laboral y ocupacional. Esta razón social posteriormente fue cambiada por Servicios de Salud Ocupacional UNIMSALUD S.A.S debido a que la sigla SERVISALUD estaba siendo mal usada por diferentes organizaciones de distintos niveles.

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL UNIMSALUD S.A.S , actualmente presta a través de su unidad médica ocupacional, el apoyo que requieren las diferentes empresas, administradoras de riesgos laborales ARL e instituciones tanto privadas como públicas, servicios

en el campo de la salud laboral, asesoría, consultoría y capacitación, por medio de una serie de actividades encaminadas a la prevención, promoción y el mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores expuestos a riesgos prioritarios.

Para el desarrollo de lo ofertado cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales especializados que se encargan de los sistemas de medicina preventiva y del Trabajo, higiene, seguridad industrial y capacitación, bajo las normas y estándares de calidad.

A continuación, se presenta la figuras 5 de la sede administrativa ubicada en la Carrera 22 N° 72-35, figura 6 de la sede asistencial situada en la Calle 72 A N° 20 C-55 y figura 7 del SPA ubicado en la transversal 22 Bis N° 61 B-61.

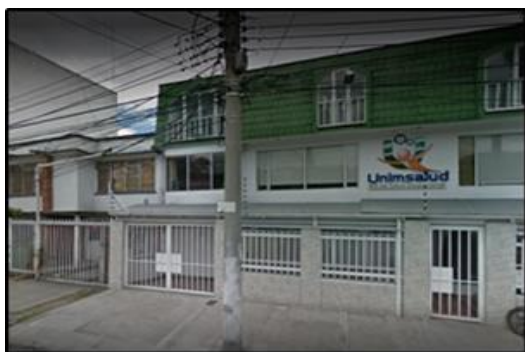


Figura 5 Sede administrativa. Fuente: Elaboración propia.



Figura 6 Sede asistencial. Fuente: Elaboración propia



Figura 7 Sede SPA. Fuente: Elaboración Propia

1.5 Mapa de procesos

El mapa de procesos es un diagrama gráfico, el cual representa la interrelación de todos los procesos y subproceso que conforma una organización, de tal manera que se logre identificar los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, con la finalidad de satisfacer las necesidades de los clientes.

A continuación, se presenta el mapa de procesos de la institución prestadora de servicios de salud ocupacional UNISALUD S.A.S, constituida mediante el documento *ODPE- 005 Mapa de procesos*.

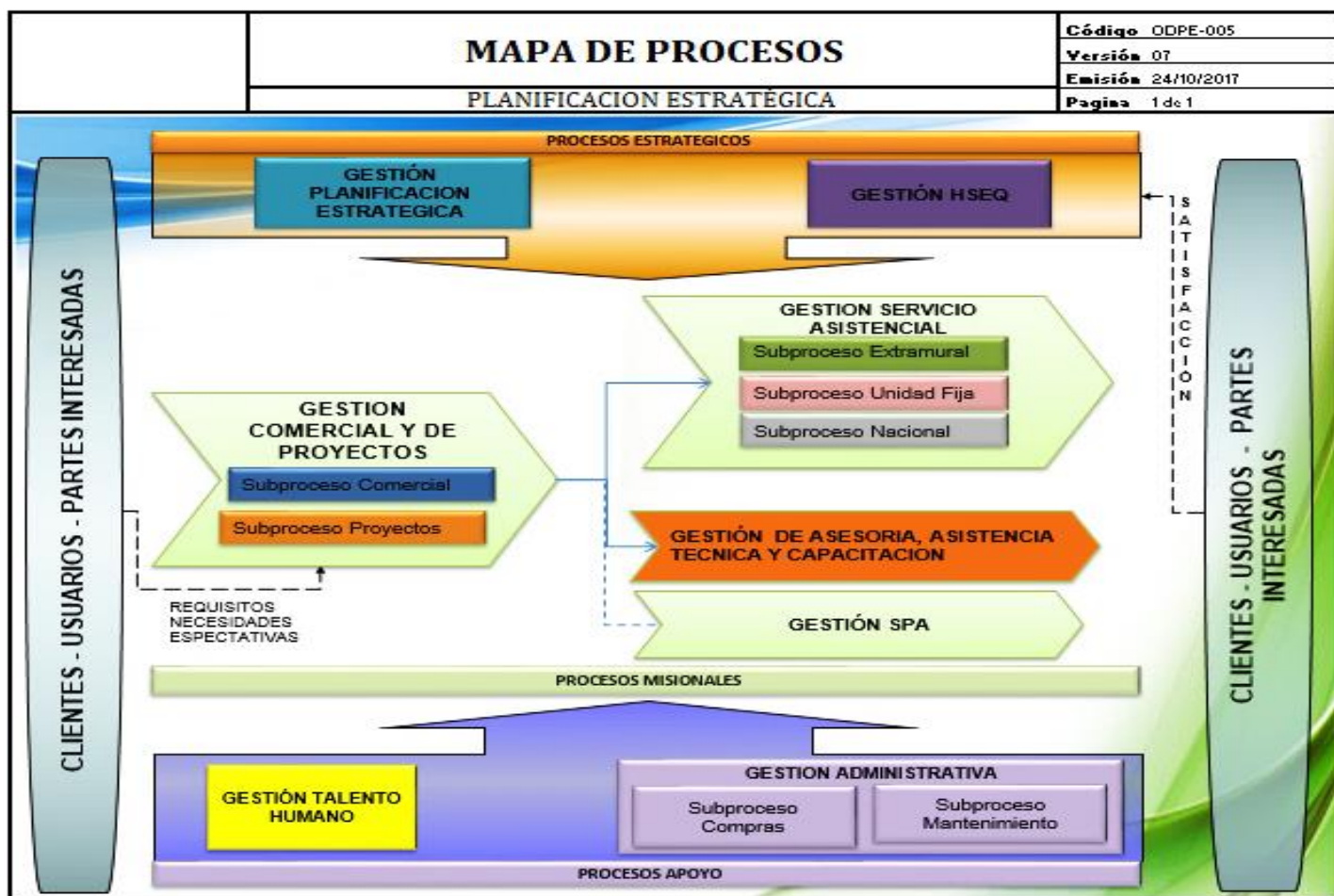


Figura 8 Mapa de procesos. Fuente: Documento ODPE-005 Mapa de procesos.

1.6 Esquema de distribución

Es importante conocer la distribución de la infraestructura a nivel interno, para cada uno de los pisos que componen las sedes. Además se puede observar en las figuras 9, 10, 11,12 y 13 la ruta sanitaria a ejecutar, los contenedores empleados para la segregación en la fuente y la frecuencia de recolección de residuos.

1.6.1 Sede Asistencial

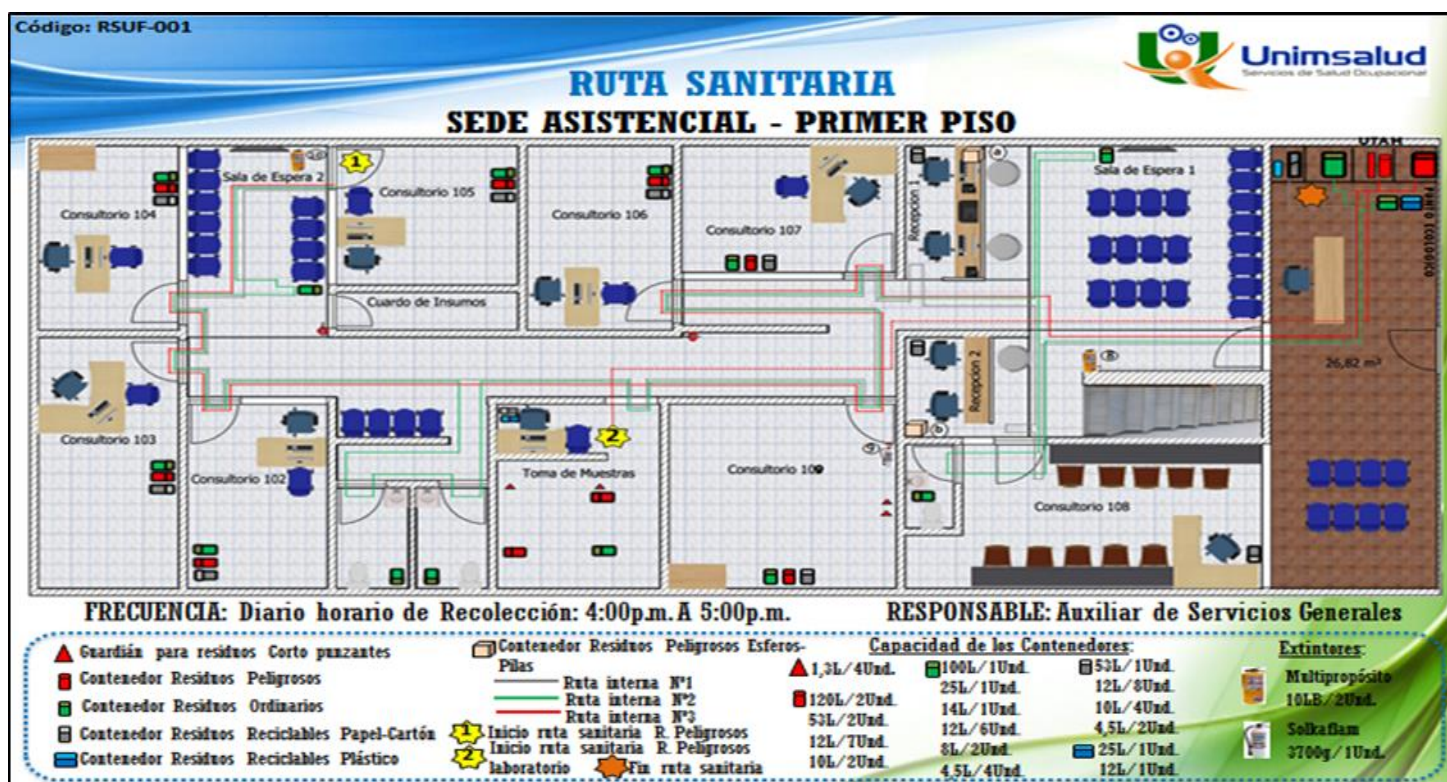


Figura 9 Esquema de distribución sede asistencial primer piso. Fuente: Elaboración propia.

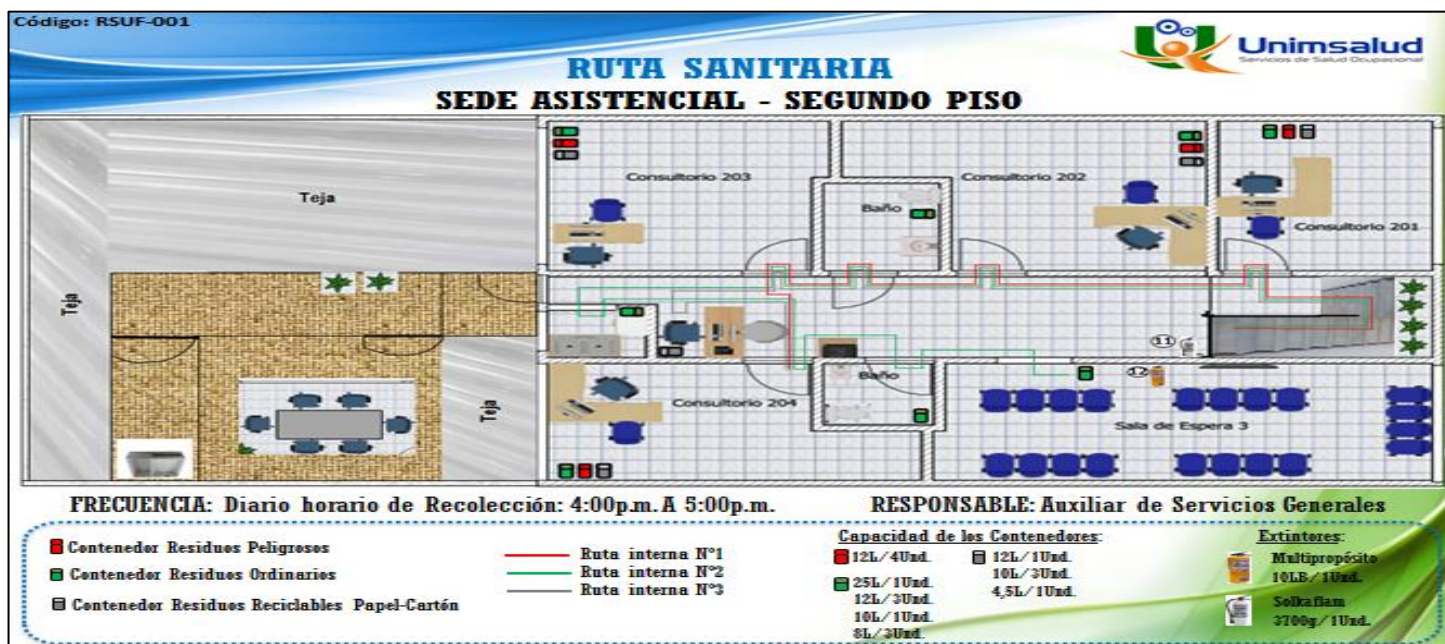


Figura 10 Esquema de distribución sede asistencial segundo piso. Fuente: Elaboración propia.

1.6.2 Sede Administrativa

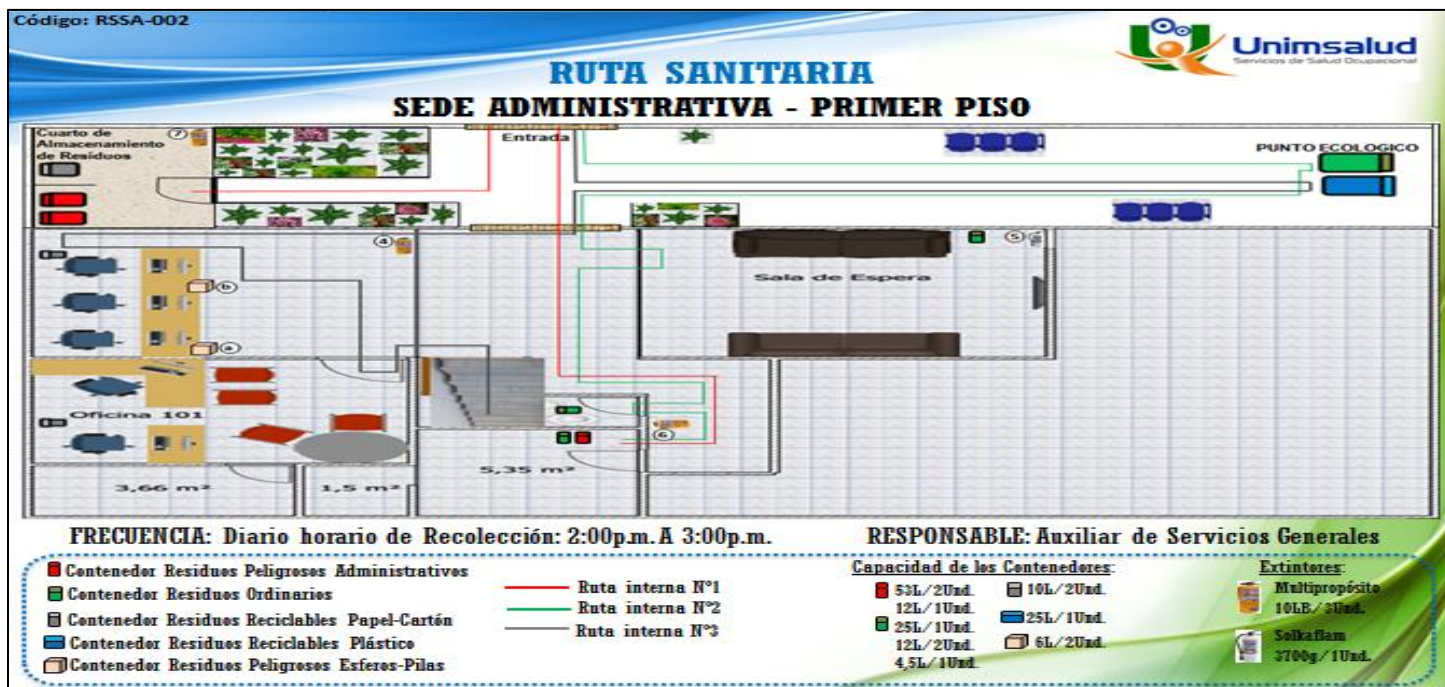


Figura 11 Esquema de distribución sede administrativa primer piso. Fuente: Elaboración propia.



Figura 12 Esquema de distribución sede administrativa tercer piso. Fuente: Elaboración propia.

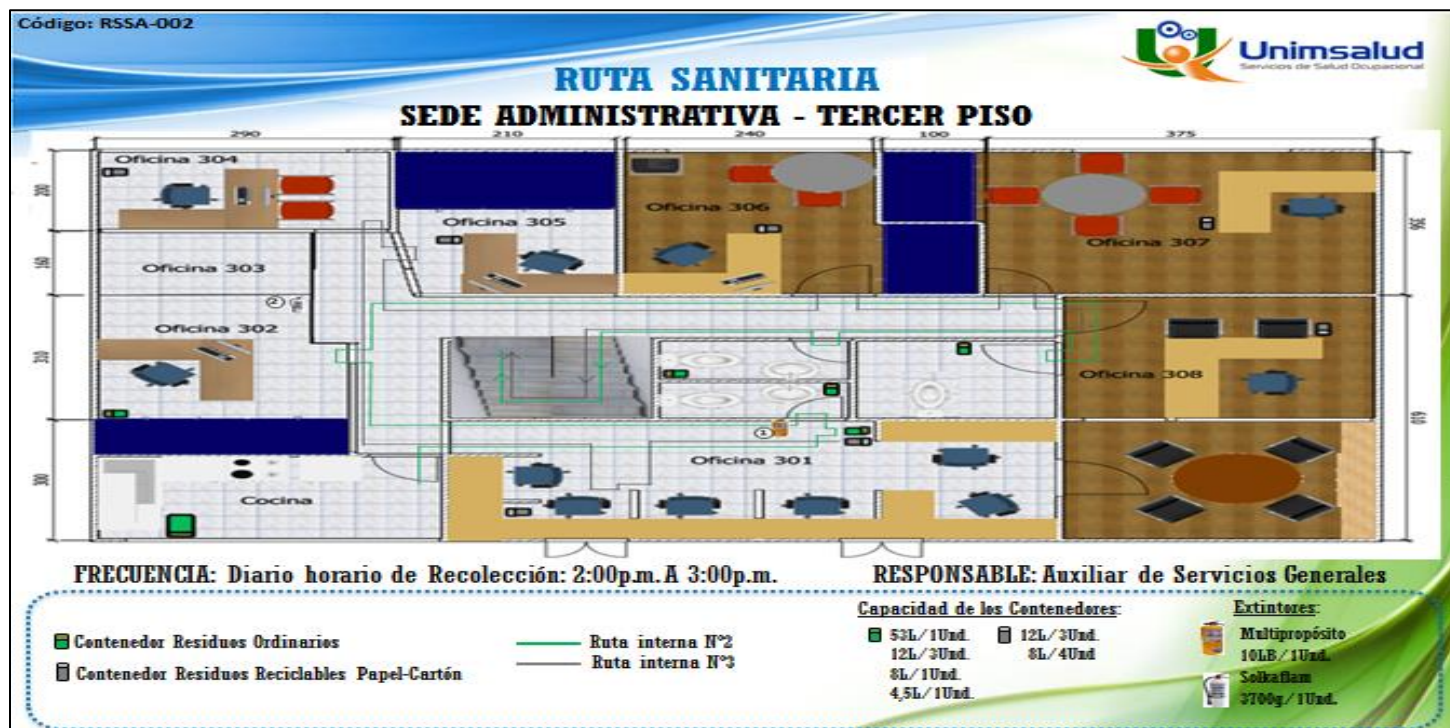


Figura 13 Esquema de distribución sede administrativa segundo piso. Fuente: Elaboración propia.

1.7 Organigrama

Un organigrama es una representación gráfica de la estructura de la empresa, fundamental para el buen funcionamiento y éxito de la misma; se debe diseñar de acuerdo a las necesidades de la organización, en donde se constituye el recurso humano, la estructura departamental, jerarquías, competencias, roles y responsabilidades de cada miembro. Cada nivel de tareas a lo largo de toda la estructura de la empresa debe ser clara y concisa. Su importancia es tal que llega a marcar la cultura laboral y la forma de trabajar dentro de la organización. Dicha información se encuentra representada en el documento *ODGH-016 Organigrama* (Figura 14).

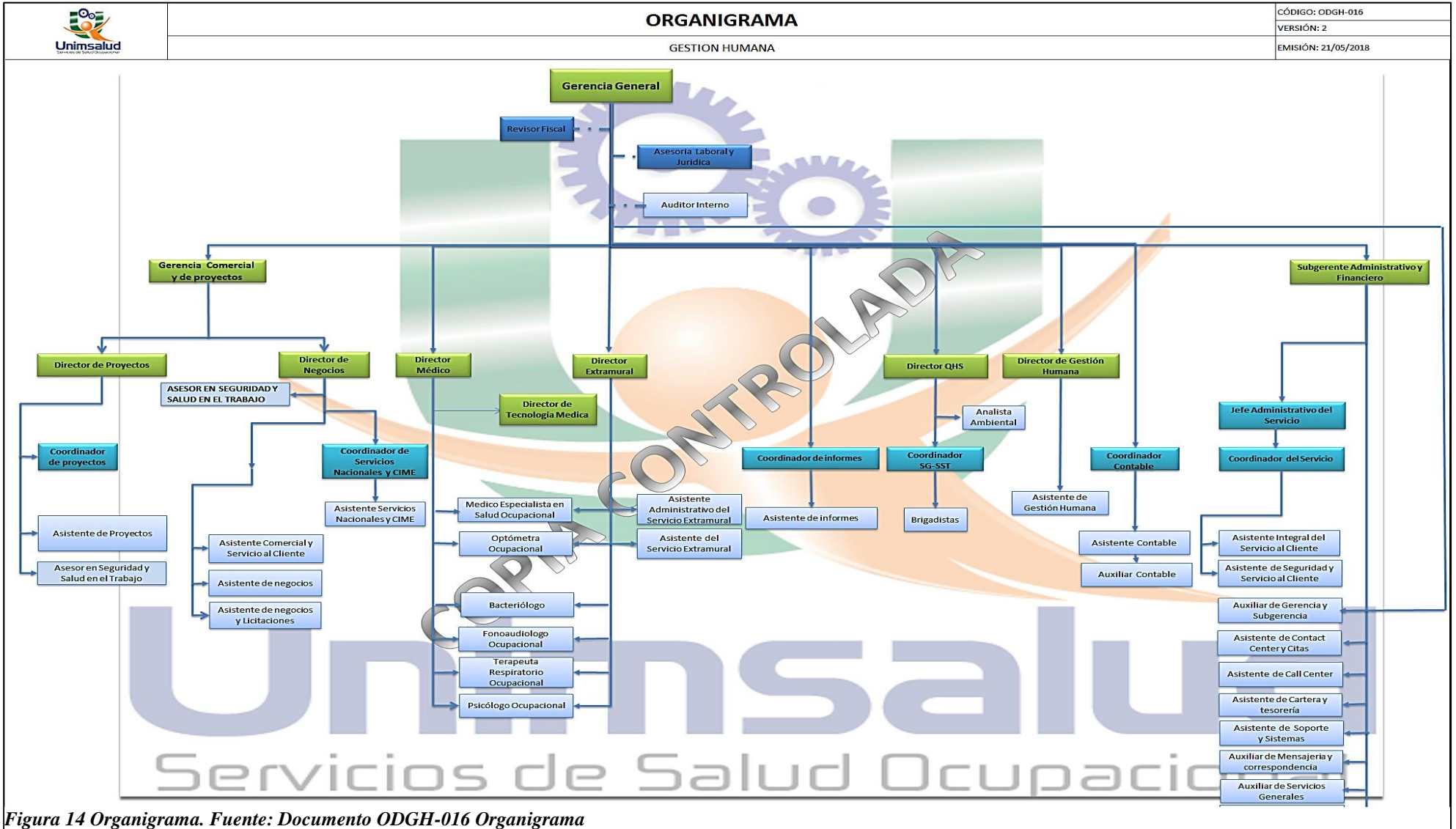


Figura 14 Organigrama. Fuente: Documento ODGH-016 Organigrama

1.8 Recurso humano

La institución prestadora de servicios de salud ocupacional actualmente se encuentra constituida por 65 trabajadores de los cuales 37 hacen parte del área administrativa, 24 son profesionales de la salud y 4 encargados de las actividades del SPA; respecto a la edad se encuentran en un rango ≤ 30 años 38 personas, entre los 31 y 49 años 16 personas y ≥ 50 años 11 personas, además se encuentran afiliados a la ARL Positiva, la siguiente información se encuentra documentada en el formato *FRHSEQ- 070 Listado de personal en caso de emergencias*.

A continuación, se describe la distribución de los cargos de los colaboradores por áreas en las tablas 1, 2 y 3 respectivamente:

Tabla 1. Recurso humano sede administrativa. Fuente: Elaboración propia.

<u>SEDE ADMINISTRATIVA:</u>	
AREA:	CARGO:
ADMINISTRATIVA	Subgerente administrativa y financiera
	Auxiliar administrativa
	Asistente Subgerencia y Gerencia
	Auxiliar de servicios generales
	Aprendiz Sena
	Sistemas
	Call center
EXTRAMURAL	Mensajero
	Conductor
	Director tecnología medica
	Asistente del servicio extramural
COMERCIAL	Director de servicios extramural
	Asistente de negocios
	Directora de negocios
	Asistente de negocios y licitaciones
	Asistente comercial
	Coordinador contable
	Auxiliar contable

CONTABILIDAD	Aprendiz Sena
GESTION HUMANA	Director de gestión humana
	Auxiliar de gestión humana
HSEQ	Director HSEQ
	Analista de calidad y gestión ambiental
GESTION DE ASESORIA Y ASISTENCIA TECNICA	Asesora SST
INFORMES	Coordinador de informes
	Asistente de informes
NACIONALES	Coordinador nacionales
	Asistente nacionales
PROYECTOS	Dirección de proyectos
	Coordinadora de proyectos
	Asistente de proyectos
	Coordinadora técnica
GERENCIA	Gerente General
	Gerente Comercial

Tabla 2. Recurso humano sede asistencial. Fuente: Elaboración propia.

<u>SEDE ASISTENCIAL:</u>	
AREA:	CARGO:
ASISTENCIAL	Coordinadora sede asistencial
	Asistente de servicio integral al cliente
	Terapeuta respiratoria
	Óptometra
	Médico especialista
	Servicios generales
	Fonoaudióloga
	Laboratorio clínico
	Bacterióloga
	Asistente de recepción
	Psicóloga

Tabla 3. Recurso humano SPA. Fuente: Elaboración propia.

<u>SPA:</u>	
AREA:	CARGO:
ADMINISTRATIVA	Coordinadora SPA
	Auxiliar de servicios generales
	Asistente de mantenimiento
ASISTENCIAL	Esteticista
	Auxiliar de enfermería
LABORATORIO	Bacterióloga

1.9 Flujo de procesos

Los flujos de procesos son representaciones gráficas que desglosan un proceso, mostrando la secuencia de las operaciones que se realizan en una empresa, ofrecen una descripción visual sencilla la cual facilita la rápida comprensión y comunicación de cada actividad interna de la organización. Por otra parte, esta herramienta permite seleccionar los indicadores para cada proceso indispensables para efectuar el control, seguimiento y evaluación, logrando una mayor eficiencia en la empresa.

A continuación, se describen el proceso que se lleva a cabo de inicio a fin en la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo, así como la prestación del servicio asistencial (Figuras 15 y 16).

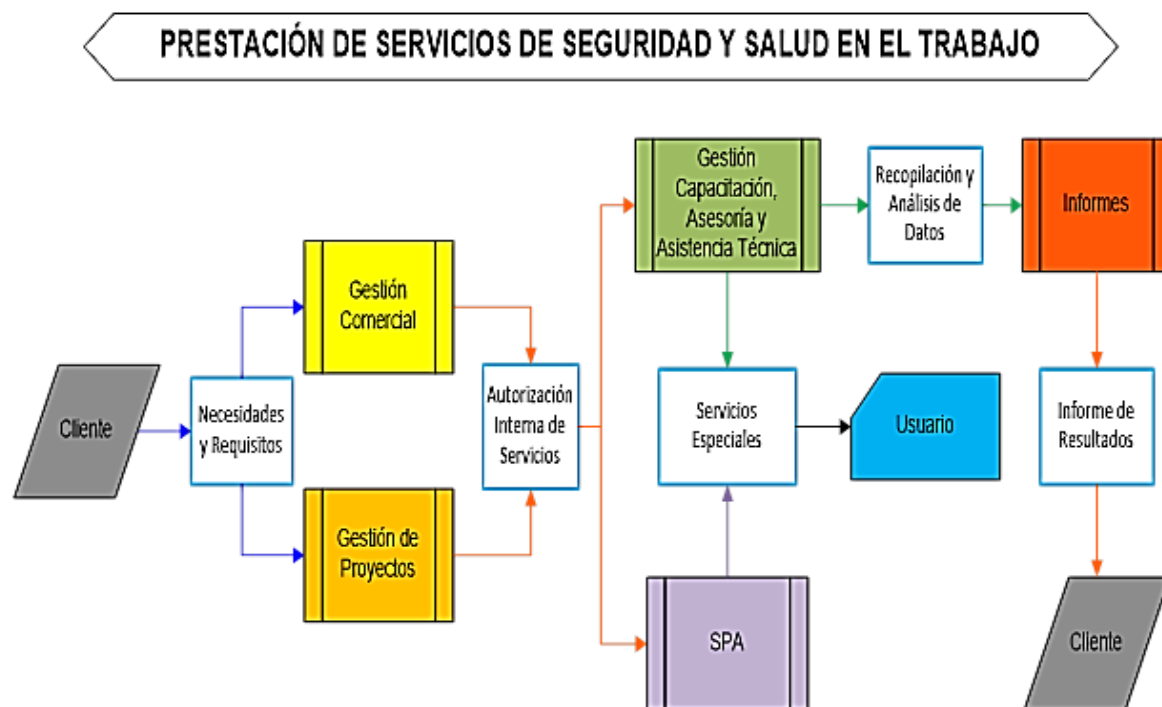


Figura 16 Flujo de proceso en la Sede Asistencial. Fuente: Elaboración propia.

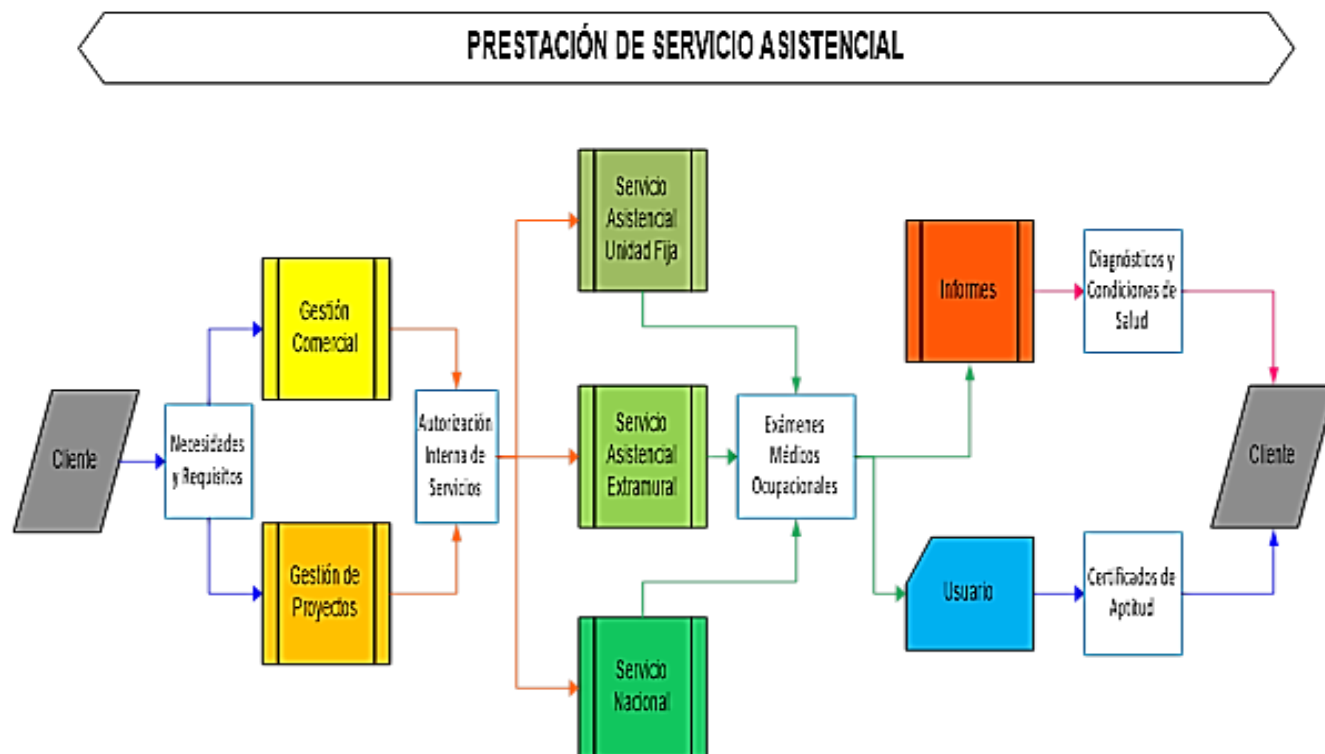


Figura 15 Flujo de proceso en la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo. Fuente: Elaboración propia.

Marco referencial

1.10 Marco teórico

La contaminación ambiental se entiende como la afectación o degradación de los recursos naturales agua, aire o suelo, expuestos a componentes nocivos (químicos, físicos o biológicos), que han traído consigo la pérdida de diversos ecosistemas, motivo por el cual se requiere la actuación de las diferentes instituciones, empresas y autoridades ambientales.

Es importante mencionar que “la preocupación por los problemas ambientales se hizo evidente a mediados del siglo XX, como consecuencia de la contaminación provocada por el acelerado desarrollo industrial” (Guédez Mozur, Armas Hernández, Reyes Gil, & Galván Rico, 2003, pág. 529), por lo tanto, fue imprescindible que las empresas se responsabilizaran de la afectación al medio ambiente que causaban a raíz de sus actividades productivas, lo cual impulso a la creación de herramientas y metodologías que contribuyeran a la conservación del medio ambiente. Una de ellas, son los sistemas de gestión ambiental que desarrolla una estructura de prácticas, procedimientos y recursos para determinar y alcanzar una política medioambiental responsable, enfocada en el ciclo Deming; por ello “en 1996 se crea y publica la primera versión de la ISO 14001, años después se actualizó y circuló la versión 2004 y hasta la fecha se implementa la versión 2015, norma de alto nivel” (Pérez Uribe & Bejarano, 2008, pág. 91).

Por otra, parte la gestión es el conjunto de acciones y responsabilidades que comprende determinadas funciones y actividades organizativas que los gestores deben llevar a cabo con el fin de lograr los objetivos y metas deseadas (Godoy barrera & Matallana castaño, 2013), además es imprescindible para una buena gestión definir los recursos humanos, técnicos y financieros, así como la implementación de planes, programas y proyectos.

Según Godoy, “la gestión ambiental entonces contribuye a la interacción y desarrollo de los procesos establecidos para el cumplimiento de objetivos, a partir del conocimiento de una situación actual, y de esta manera diseñar instrumentos de planificación operacional”, además “es un medio para llegar a los consumidores finales utilizando el marketing verde y el mercadeo

ecológico para socializar y divulgar los avances de las organizaciones en el marco ambiental” (Acuña, Figueroa , & Wilches, 2017, pág. 146).

Un ejemplo claro referente a la implementación de los SGA son las empresas petroleras ya que se ha demostrado que han mejorado su actuación ambiental y a su vez las metas económicas, guiados hacia procesos de desarrollo sostenible (Guédez Mozur, Armas Hernández, Reyes Gil, & Galván Rico, 2003, pág. 528).

Los SGA se caracterizan por manejar 2 conceptos claves, la mejora continua y el cumplimiento legal, los cuales se logran en primera instancia caracterizando los aspectos ambientales por cada uno de los procesos dentro de la organización. Además de realizar la síntesis de los aspectos significativos a nivel empresarial con el fin de establecer objetivos, metas empresariales y programas de gestión ambiental (Martín García, Sorinas González, Fernández Pérez, & Bello Hernández, 2015), dichos procesos deben ser evaluados periódicamente por medio de indicadores los cuales permitan reconocer las falencias y plantear acciones de mejora para el sistema (Pérez Uribe & Bejarano, 2008). La frecuencia de estas verificaciones estará acorde con la importancia, el estado y el rendimiento histórico de las actividades específicas (Martín García, Sorinas González, Fernández Pérez, & Bello Hernández, 2015, pág. 7).

En cuanto a la obtención de certificaciones es importante indicar que es emitido por un organismo de certificación ajeno a la empresa, el cual permite a los clientes identificar los productos o procesos que puedan generar aspectos ambientales, con el fin de minimizar los impactos medioambientales derivados de su actividad; muchos de estos sistemas en la mayoría de los casos, requiere invertir en equipos que permitan el mejoramiento del manejo de residuos sólidos, aguas residuales, manejo de contaminación visual, sonora y atmosférica (Pérez Uribe & Bejarano, 2008, pág. 91).

Finalmente, la IPS UNIMSALUD S.A.S es una empresa que ha trabajado en pequeñas actividades de manejo adecuado de residuos, ahorro y uso eficiente de agua potable y energía eléctrica por medio de capacitaciones, pero nunca ha desarrollado un proyecto de sistema de gestión ambiental en el cual puedan articular todos los procesos que la componen. Por este motivo

la información mencionada anteriormente refiere al desarrollo de los sistemas de gestión ambiental a través de los años, su importancia y valor agregado.

1.11 Marco conceptual

Residuos peligrosos:

Son aquellos residuos producidos por el generador con alguna de las siguientes características: infecciosos, combustibles, inflamables, explosivos, reactivos, radiactivos, volátiles, corrosivos y/o tóxicos (ICONTEC, 2009), este término se relaciona en dicho marco conceptual ya que por la actividad que realiza la IPS se generan residuos peligrosos hospitalarios con características infecciosas, los cuales pueden causar daño a la salud humana y/o al medio ambiente si no se les da un correcto tratamiento y disposición final.

Aspecto Ambiental:

La Norma NTC- ISO 14001 define aspecto ambiental como cualquier cambio en el medio ambiente, sea adverso o beneficioso, resultante en todo o en parte de las actividades, productos y servicios de una organización, “Los Aspectos Medioambientales son los elementos o características de una actividad, producto o servicio susceptibles de interactuar con el medio ambiente. Por otra parte, el impacto medioambiental es la transformación o cambio que se produce en el medio a causa de un aspecto medioambiental”(Rubio calduch, Victoria, 2011), este concepto es de gran importancia puesto que es necesario identificar los aspectos e impactos generados por la actividad de la IPS para controlar, mitigar o eliminar los efectos adversos negativos que puedan generar.

Meta ambiental:

Requisito de desempeño detallado aplicable a la organización o a partes de ella, que tiene su origen en los objetivos ambientales y que es necesario establecer y cumplir para alcanzar dichos objetivos (Sanjuan, 2010).

Desarrollo sostenible:

Es “el desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la posibilidad de que las generaciones futuras satisfagan las suyas” (Godoy barrera & Matallana castaño, 2013.p.18), es indispensable dirigir los procesos de la organización hacia procesos sostenibles en donde se logre un equilibrio entre los aspectos sociales, ambientales y económicos.

Auditoría ambiental:

“Una Auditoría medioambiental es un análisis del efecto que causan en el medioambiente las actuaciones de una organización. La auditoría no proporciona respuestas, no hace más que recoger información e identificar problemas (Godoy barrera & Matallana castaño, 2013. P. 38), dicho concepto se trabajará en la cláusula número 9 la evaluación del desempeño, estas se ejecutarán de acuerdo al cronograma estipulado.

Programa ambiental:

“El programa ambiental lo desarrolla periódicamente la organización que implementa el (SGA), indicando los objetivos y metas que quiere alcanzar en el periodo que se considera. Habitualmente, el programa ambiental es anual” (Godoy barrera & Matallana castaño, 2013. P.42), dichos programas se desarrollaran con la aprobación de la alta dirección.

Planificación estratégica:

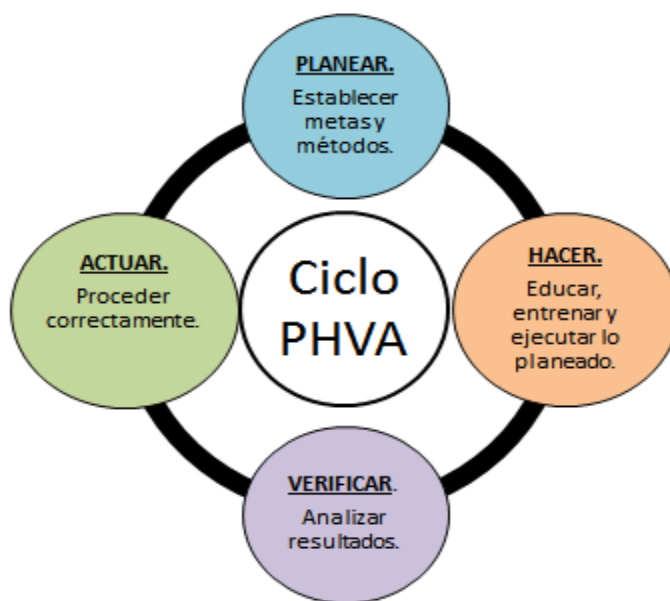
De acuerdo con Anthony, “la planificación estratégica es el proceso de determinación de las metas de la organización y de las estrategias adecuadas para alcanzarlas” (Anthony, 1995).

Salud:

La salud es una síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional (Briceño-León 2000).

Ciclo PHVA de Deming:

Es una herramienta que permite el mejoramiento continuo, que inicia con un estudio de la situación actual, durante el cual se reúnen los datos que van a usarse en la formulación del plan para el mejoramiento (Figura 17). Una vez que este plan ha sido terminado, es ejecutado. A continuación, se revisa la ejecución para ver si se han producido los mejoramientos anticipados; si el experimento ha tenido éxito, se emprende una acción final, tal como la estandarización metodológica, para asegurar que la introducción de los nuevos métodos será aplicada de continuo para el mejoramiento sostenido (Colorado, 2009).



Institución *Figura 17 Ciclo PHVA de Deming. Fuente: Elaboración propia.*

prestadora

de

servicios (IPS):

Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tienen como principios básicos la calidad y la eficiencia, cuentan con autonomía administrativa, técnica y financiera, y deben propender por la libre concurrencia de sus acciones (Sentencia C-064 de 2008).

Desinfección:

Es un proceso que elimina los microorganismos patógenos, con la excepción de las endosporas bacterianas, de los objetos inanimados. Se lleva a cabo con líquidos químicos (Molina, R., & García, O. 2003).

Hipoclorito de sodio:

Es un desinfectante de uso común en el ambiente hospitalario. Cuando se usa al 1%, su uso queda limitado a laboratorios o sectores donde se manejen cultivos virales o extensas superficies contaminadas con sangre. Cuando se usa al 0,1%, actúa como desinfectante siempre que se haya realizado una buena limpieza previa en superficies en general. Cuando se lo utiliza en superficies, el personal de limpieza que lo aplica debe hacerlo con guantes resistentes. De esta forma se preserva el equilibrio de la flora normal de las manos. Se inactiva frente a materia orgánica por lo cual no debe mezclarse con detergentes, ya que produce vapores tóxicos e irritantes para los operadores (Guerra. D, 2005).

Sistemas de recolección de los residuos sólidos (RS):

Los sistemas de recolección están formados por los contenedores de los RS, los vehículos (camiones) y equipos de recolección (figura 18). La selección del equipamiento debe basarse en los volúmenes y composición de los RS, en los patrones de manejo de los RS y en los costos de abastecimiento, operación y mantenimiento de los equipos (Fuentes, C., Carpio, J., Prado, J., & Sánchez, P. 2008).

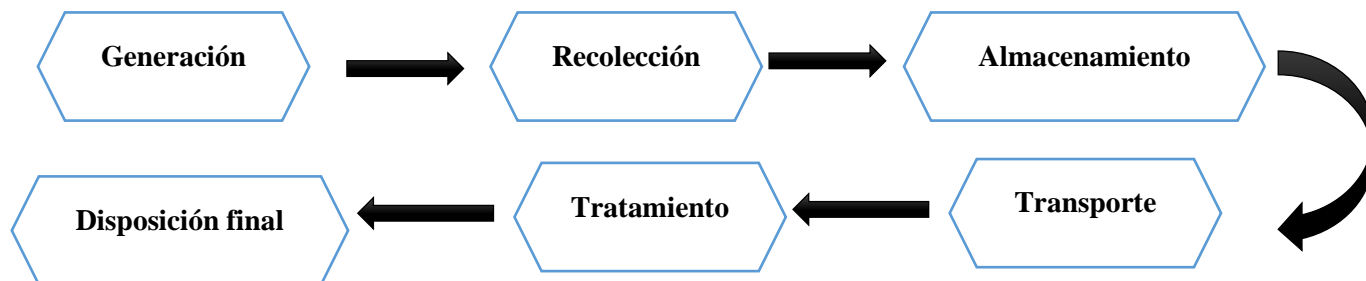


Figura 18 Sistema de recolección de residuos sólidos RS. Fuente: Elaboración propia.

Sensibilización ambiental:

Es una herramienta que permite generar un cambio de hábitos en un grupo de personas, tomando conciencia de los actos y comportamientos que se tienen frente a los recursos naturales. Esta contribuye con la formación de individuos conscientes de su realidad social, cultural e histórica enfocado a la preservación de la calidad de vida, dirigido hacia procesos de desarrollo sostenible en donde se mantenga un equilibrio entre los aspectos sociales, ambientales y económicos permitiendo conservar y mantener el ambiente en el tiempo (Acosta et al, 2006).

Reciclaje:

Es una técnica que consiste en la transformación de las materias que componen los residuos, estos pueden ser cambios físicos, químicos o biológicos, de tal manera que pueden ser usados como materia prima para la elaboración de nuevos productos, para esta técnica se debe contar con una planta de reciclaje. (chung & Inche, 2014).

Economía circular:

Concepto dirigido a una transformación duradera y profunda el cual permita reducir los impactos ambientales producidos utilizando metodologías como las 3R “Reducción, Reutilización y Reciclaje”, implica una nueva modalidad de hacer productos desde el mismo origen, su diseño, y permite hacer negocios atendiendo al crecimiento económico de la sociedad, a la sostenibilidad ambiental y a la disminución de los riesgos por la volatilidad e incertidumbre de precios de las materias primas y recursos energéticos (switzerland, 2014).

Guía técnica Colombia (GTC 25 de 2009):

Guía técnica colombiana la cual dicta las pautas y disposiciones para la segregación de los residuos sólidos no peligrosos generados de las diferentes fuentes como domésticas, industriales, comerciales, institucionales y de servicio; de la misma manera da orientaciones para facilitar la recolección selectiva en la fuente (ICONTEC, 2009).

Análisis de riesgos:

Herramienta de gestión ambiental, el cual se desarrolla conjuntamente o independientemente con la evaluación de impacto ambiental. Se identifican las situaciones y elementos de un servicio o producto, que represente riesgos al medio ambiente físico y a la salud del ser humano o de otros organismos (Godoy barrera & Matallana castaño, 2013).

1.12 Marco legal

A continuación, se presenta el marco legal aplicable a la IPS UNIMSALUD S.A.S, teniendo en cuenta la normativa colombiana aplicable al sector salud.

Tabla 4. Marco legal. Fuente: Elaboración propia.

MATRIZ DE REQUISITO LEGAL.					
<u>TEMA:</u>	<u>ASPECTO REGULADO:</u>	<u>TIPO:</u>	<u>NUMERAL</u>	<u>AÑO</u>	<u>DESCRIPCIÓN:</u>
Publicidad exterior visual (PEV)	Por la cual se reglamenta la PEV en el territorio nacional, dispone en su artículo 2, mejorar la calidad de vida de los habitantes del país, mediante la descontaminación visual y del paisaje, la protección del espacio público y de la integridad del medio ambiente.	Decreto	506	2003	Este decreto aplica para la institución puesto que se requiere realizar el registro de publicidad exterior visual tanto para las sedes como para los vehículos.

Registró de generadores de residuos o desechos peligrosos.	Por la cual se establecen los requisitos y el procedimiento para el registro de generadores de residuos o desechos peligrosos, a que hacen referencia los artículos 27 y 28 del Decreto 4741 del 30 de diciembre de 2005.	Resolución	1362	2007	De acuerdo a lo establecido en la resolución es de carácter obligatorio realizar el registro de generadores de residuos o desechos peligrosos debido a la actividad de salud que se desarrolla en la empresa.
Decreto único reglamentario, sector ambiente.	Por medio del cual se expide el Decreto único reglamentario del sector ambiente y desarrollo sostenible	Decreto	1076	2015	Es de gran importancia aplicar los artículos que correspondan de este decreto único reglamentario para la empresa.
Código sanitario nacional	Por la cual se dictan medidas sanitarias.	Ley	9	1979	Establece las normas sanitarias, procedimientos y medidas que se deben adoptar para la regularización, legalización y control de las descargas de residuos y materiales que afectan las condiciones sanitarias del ambiente.
Programa de ahorro y uso	Expedido por el congreso de Colombia, por lo cual se establece el programa para	Ley	373	1997	Programas que son vigentes por 5 años, por medio de los cuales las entidades

eficiente de agua	el ahorro y uso eficiente de agua.				competentes garantizan el control del uso del recurso en mención.
Manejo de residuos o desechos peligrosos hospitalarios.	Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral.	Decreto	4741	2005	En el Artículo 10 especifica las obligaciones de los generadores el cual es aplicable para la empresa.
Bombillos fluorescentes	Por la cual se establecen los Sistemas de recolección selectiva y gestión ambiental de residuos de bombillas y se adoptan otras disposiciones.	Resolución	1511	2010	Es importante tener en cuenta dicha resolución, puesto que en las sedes se generan residuos peligrosos administrativos entre ellos los bombillos fluorescentes los cuales se deben disponer adecuadamente.
Pilas usadas	Por el cual se establece los sistemas de recolección selectiva y gestión ambiental de residuos de Pilas y/o acumuladores y se adoptan otras disposiciones.	Resolución	1297	2010	Las pilas corresponden de la misma forma a los residuos peligrosos administrativos, por ello es primordial tener conocimientos del mismo.

RAEEs	Por la cual se establecen los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEEs), y se dictan otras disposiciones.	Ley	1672	2013	Residuos peligrosos Administrativos generados en las sedes.
Manual para la gestión integral de residuos hospitalarios	Por la cual se adopta el manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares	Resolución	1164	2002	Esta norma es fundamental para los procesos que se realizan en la empresa, pues en este se estipulan los lineamientos para la creación del PGIRHYS.
Parámetros y valores límites máximos permisibles en vertimientos puntuales.	Por el cual se establecen los parámetros y los valores límites máximos permisibles en los vertimientos puntuales a cuerpos de agua superficiales y a los sistemas de alcantarillado público.	Resolución	631	2015	La presente normativa se debe tener en cuenta, puesto que indica los parámetros que se deben cumplir respecto a los resultados de la caracterización de aguas residuales, que se debe realizar en la empresa.

Uso de bolsas plásticas y residuos no peligrosos	Por la cual se dicta el uso racional de bolsas plásticas y residuos no peligrosos.	Resolución	2084	2019	Dicha resolución es aplicable en la empresa puesto que se deben empezar a implementar el nuevo código de colores para la segregación de residuos sólidos no peligrosos.
Protección y Control de la calidad del agua potable.	Por el cual se establece el sistema para la protección y control de la calidad del agua para consumo Humano.	Decreto	1575	2007	Dicha norma debe ser tomada en cuenta ya que es fundamental conocer las características y los criterios garantizando la calidad del agua potable, además en su artículo 10 establece la responsabilidad de sus usuarios para mantener condiciones sanitarias adecuadas, así como la periodicidad del lavado de tanques.

Calidad del agua para el consumo humano	Por medio de la cual se señalan las características, instrumentos básicos y frecuencias del sistema de control y vigilancia para la calidad del agua para consumo humano	Resolución	2115	2007	Es importante verificar los resultados obtenidos en el estudio de potabilización del agua, teniendo en cuenta las características físicas y químicas del agua para consumo humano de las sedes.
Fuentes móviles.	Por la cual se reglamentan los niveles permisibles de emisión de contaminantes que deberán cumplir las fuentes móviles terrestres.	Resolución	910	2008	La resolución debe regir para el vehículo en el cual se realizan las brigadas.

Metodología

1.13 Tipo de investigación

La investigación se destacó por ser de carácter mixto. En primera medida porque fue necesario identificar los aspectos e impactos ambientales que generaba la IPS UNIMSALUD S.A.S, así como la creación de políticas, objetivos, metas y programas ambientales a desarrollar en el diseño del SGA, correspondientes a una metodología cualitativa pues es una técnica descriptiva de recopilación de datos que se utilizó para indagar detalles que ayudaron a explicar el comportamiento de la investigación. Por otra parte, la metodología cuantitativa, es aquella que permite examinar los datos de manera numérica especialmente en el campo de la estadística; durante el desarrollo de la investigación se calcularon los indicadores de gestión, cuantificación de cantidades de residuos aprovechables y peligrosos generados por medio de la media móvil, así como la creación del presupuesto para el desarrollo y mantenimiento del SGA.

1.14 Método de investigación

Para el avance de la investigación se describió la metodología elaborada por el autor para cada uno de los objetivos específicos, además de la planeación de un diagrama de Gantt (**ANEXO 1**) herramienta que permitió planear el tiempo del desarrollo de cada una de las actividades ejecutadas durante la investigación.

Como se observa en las figuras 19, 20 y 21 se describe las metodologías implementadas para el desarrollo de los 4 objetivos respectivamente planteados en esta investigación. Para dar cumplimiento a los 2 primeros se realizó un diagnóstico ambiental inicial empleando una lista de chequeo (**ANEXO 2**) la cual permitió evaluar los recursos actuales con los que contaba la empresa, el grado de cumplimiento frente a las cláusulas que componen la norma ISO 14001:2015 y frente a la normativa legal aplicable. Para complementar dicha información se plasmaron graficas de cumplimiento para cada una de las clausulas en donde el 100% era el valor máximo posiblemente obtenido, proyectando el % total para la empresa.

La fuente de información primaria de dicho diagnostico se obtuvo a través de entrevistas informales al personal encargado del sistema de gestión, la fuente de información secundaria a través de consulta directa, revisión documental y observación en la prestación de servicios de la unidad fija y extramural.

Posteriormente para la ejecución de la Revisión ambiental inicial se empleó como material de apoyo la Guía técnica Colombia (GTC 93 de 2007) la cual estipulo los lineamientos para la planificación, toma de datos, procesamiento de datos y análisis de resultados; la lista de chequeo implementada corresponde al ANEXO A de dicha norma, el cual permitió evaluar el estado de los equipos, consumo de papel, iluminación, calidad del aire interno, energía eléctrica, seguridad contra incendios, compras, residuos no peligrosos, residuos peligrosos, agua potable, paisaje y áreas externas para la sede administrativa, asistencial y Unidad extramural.

Del mismo modo, para el desarrollo del segundo objetivo se empleó la matriz de leopold; la cual permitió identificar y priorizar los aspectos e impactos ambientales más significativos.

Además de un diagrama que proporcione las entradas y salidas de las actividades de la empresa, para la posterior creación de programas ambientales.

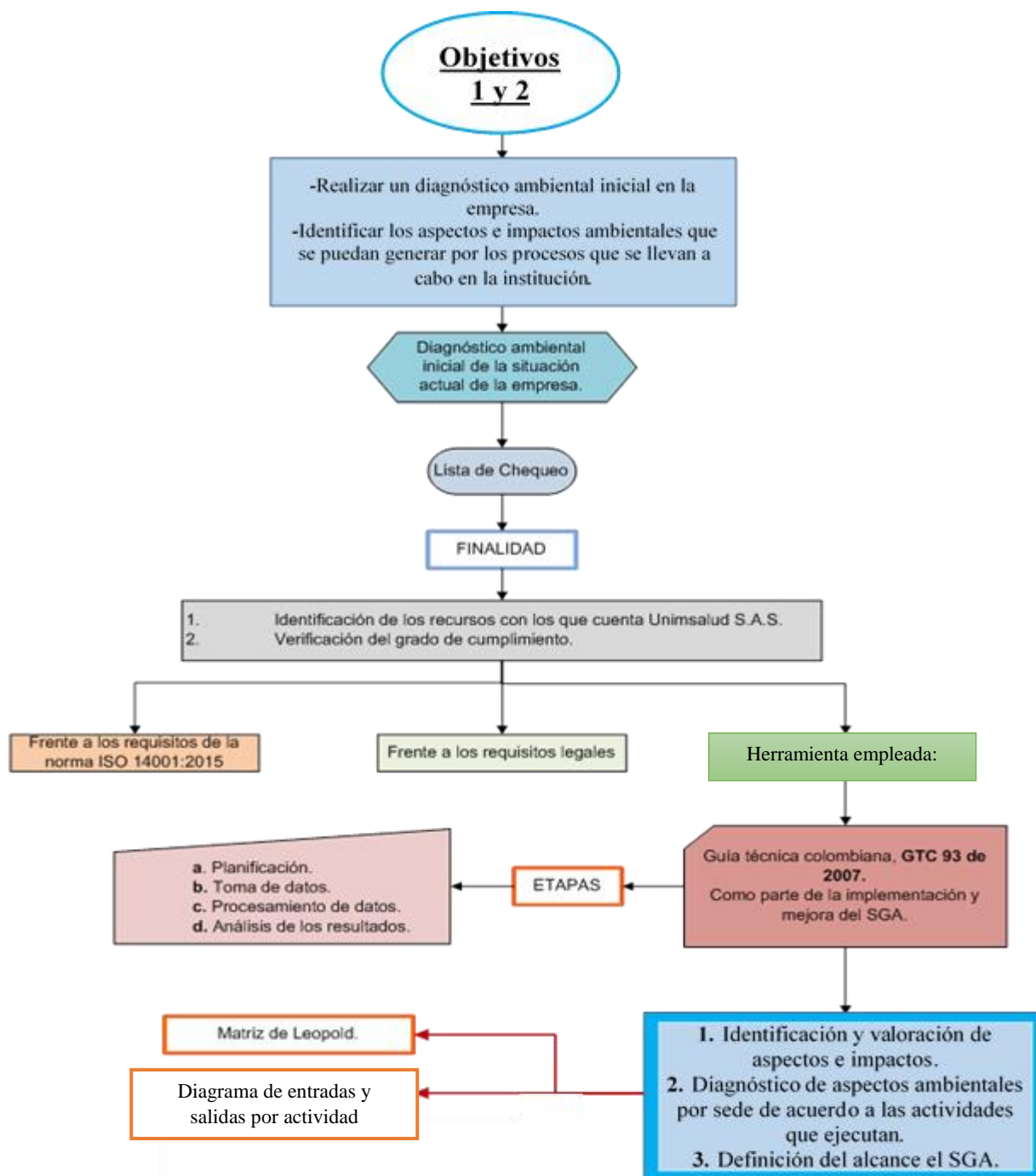


Figura 19 Metodología objetivo número N° 1 y 2. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 20 se establece la creación de metas, objetivos, políticas y programas a partir de la revisión ambiental inicial, con la finalidad de controlar los aspectos e impactos ambientales identificados anteriormente, de igual forma se proponen acciones para la medición del desempeño ambiental de la organización.

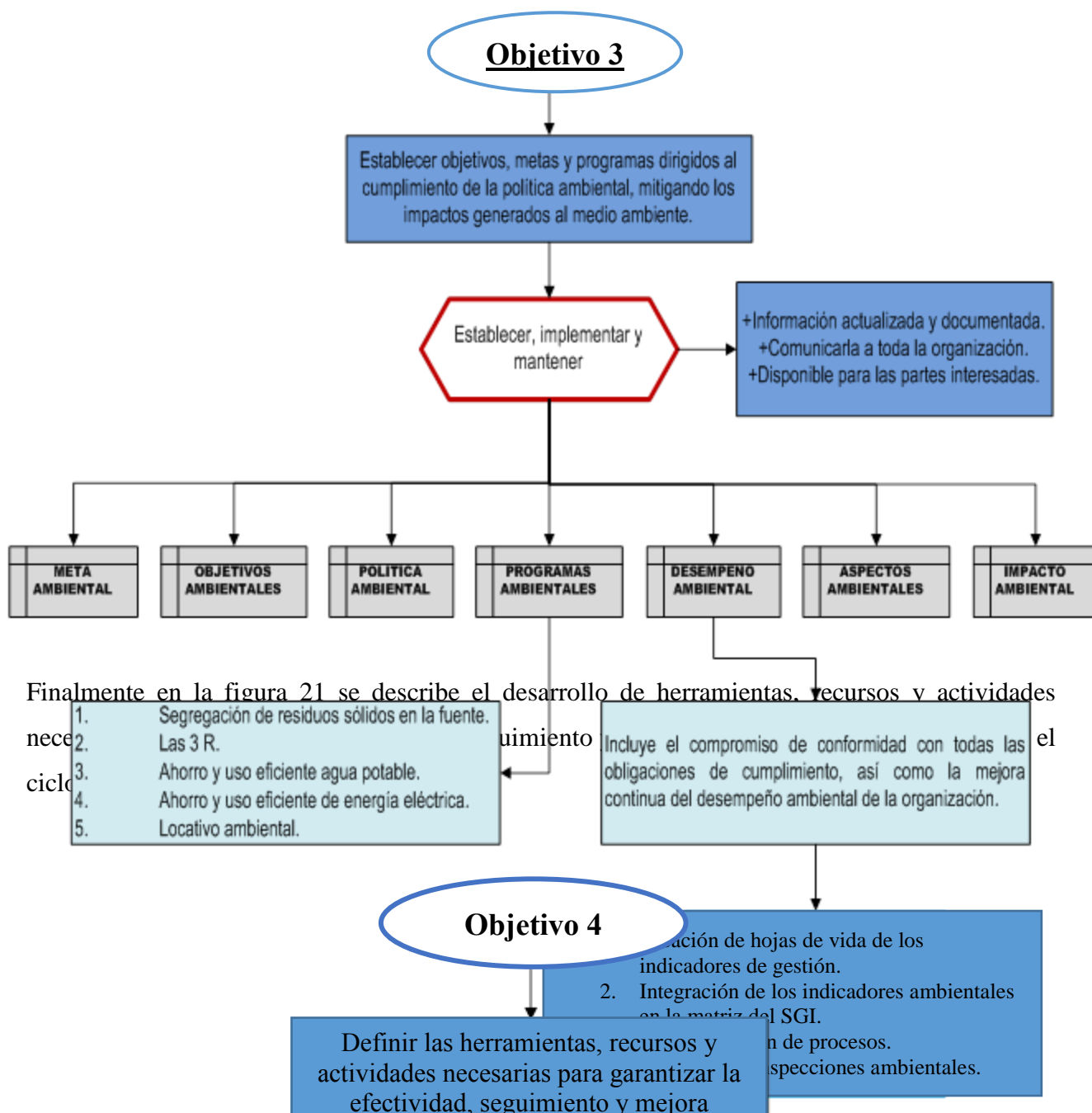


Figura 20 Metodología objetivo número N° 2. Fuente: Elaboración propia.



Resultados

1.15 Diagnóstico ambiental inicial

Dando solución al primer objetivo, se procedió a establecer la situación actual de la IPS. Por este motivo se realizó el diagnóstico ambiental inicial efectuado el día 23 de julio de 2019 por medio de una lista de chequeo (**ANEXO 2**); para ello se tuvo en cuenta el siguiente modo de evaluación descrito en la tabla 5, señalando que el 100 % es el resultado más alto al cumplir la ejecución en la operación y evidencia de la información documentada.

Tabla 5. Valoración del diagnóstico ambiental inicial. Fuente: Elaboración propia.

VALORACIÓN %	DEFINICIÓN
N.A.	No aplica el requisito
0	No está operando, ni existe el documento
20	No está operando, pero existe el documento.
40	Está operando parcialmente pero no existe documento
60	Está operando, pero no existe documento o requiere ajustes
80	Está operando parcialmente y existe el documento
100	Está operando completamente y existe el documento

Como resultado de dicha valoración se socializa a continuación el porcentaje de cumplimiento obtenido para cada una de las cláusulas que componen la norma de acuerdo a las actividades que realizan en la empresa. Dicha estimación se obtuvo, evaluando cada uno de los literales que componen los numerales y calculando un promedio para cada numeral, de allí se promedia nuevamente los numerales obteniendo el resultado final para la cláusula.

Como ejemplo en la tabla 6 se observa la calificación resultante para la cláusula 4, en donde se promedió el valor obtenido de los 4 numerales (4.1, 4.2, 4.3 y 4.4) adquiriendo un

porcentaje de cumplimiento del 40.83% para esta cláusula; así sucesivamente se calcularon los demás porcentajes.

Tabla 6 porcentaje de cumplimiento para la cláusula 4. Fuente: elaboración propia

Cláusula	NUMERAL DE LA NORMA	REQUISITOS	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
	4	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	40.83	
	4.1	Compresión de la organización y de su contexto	20	
Numeral	a.	La organización determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión ambiental.	20	Actualmente la empresa no cuenta con un FODA a nivel estratégico para el SGA, únicamente para el SGC y SG-SST
	4.2	Compresión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	73.3	
Literal	a.	La organización determina las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión ambiental.	40	No se tiene definido por completo las partes interesadas del SGA.
	b.	La organización determina las necesidades y expectativas pertinentes (es decir, requisitos) de estas partes interesadas	80	Si se estipulan requisitos para proveedores y/o contratistas como lo es el caso de los gestores externos para la recolección de residuos peligrosos ECOCAPITAL, residuos reciclables ECOPLANETA y residuos peligrosos administrativos ECOLCIN, así como la empresa para el lavado de tanques y fumigación.
	c.	La organización determina cuáles de estas necesidades y expectativas se convierten en requisitos legales y otros requisitos.	100	Respecto a lo descrito en el PGIRHYS y el PGIRESPEL por norma se debe contratar a empresas certificadas para el manejo de residuos peligrosos, así como la vista del concepto higienico sanitario.
	4.3	Determinación del alcance del sistema de gestión ambiental.	20	
	a.	La organización determina los límites y aplicabilidad del sistema de gestión ambiental para establecer su alcance y considera:	0	El sistema de gestion ambiental se encuentra en su fase de diseño.
	b.	Las cuestiones externas e internas	40	Se incluye y los gestores externos.
	c.	Las requisitos legales y otros requisitos	60	Si se contempla la matriz legal pero es necesario realizar ajustes.
	e.	La organización incluye en el sistema de gestión ambiental todas las actividades, productos y servicios de la organización que estén dentro de este alcance.	0	El sistema de gestion ambiental se encuentra en su fase de diseño.
	f.	La organización mantiene el alcance como información documentada y disponible para las partes interesadas.	0	El sistema de gestion ambiental se encuentra en su fase de diseño.
	4.4	Sistema de Gestión Ambiental	50	
	a.	La organización establece, implementa, mantiene y mejora continuamente un sistema de gestión ambiental, que incluya los procesos necesarios y sus interacciones de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.	40	Cumple con los requisitos legales exigidos por la norma, sin embargo obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 40.83%.
	b.	La organización maneja el sistema de gestión ambiental considerando el conocimiento obtenido en los numerales 4.1 y 4.2	60	Respecto a lo descrito en el PGIRHYS y el PGIRESPEL por norma se debe contratar a empresas certificadas para el manejo de residuos peligrosos, así como la vista del concepto higienico sanitario.

- ❖ Actualmente la empresa no tiene un FODA a nivel estratégico por SGA, únicamente para el SGC y SG-SST.
- ❖ No se tienen definidas las partes interesadas del SGA.
- ❖ No se contempla en su totalidad la normativa ambiental aplicable a la empresa.

- ❖ La organización no mantiene el alcance como información documentada y disponible para las partes interesadas, en cuanto al SGA.

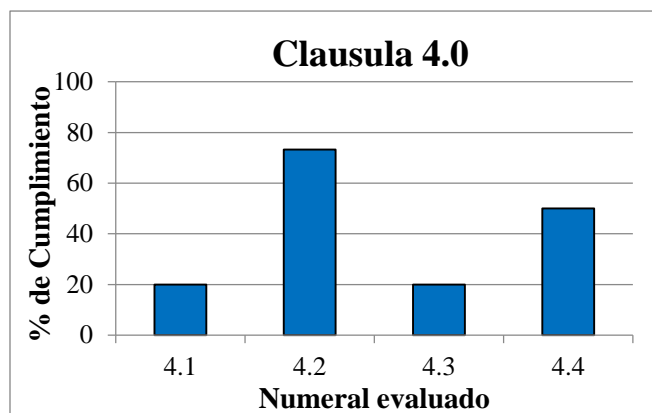


Figura 22 Valoración de cumplimiento para la cláusula N°4. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 23 “Clausula 5”, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 28.1%, debido a las siguientes razones:

- ❖ Se asume la responsabilidad y rendición de cuentas con relación a la eficacia del sistema de gestión ambiental parcialmente.
- ❖ Se evidencia que existe una política y unos objetivos ambientales, los cuales se implementan parcialmente, sin embargo, no se identifica su alineación con el contexto de la organización.
- ❖ Se manejan escasas charlas y capacitaciones ambientales.
- ❖ Baja comunicación referente a la importancia de la preservación de los recursos no renovables.
- ❖ No se tiene establecida la carta de responsabilidades por líderes de proceso para el SGA.
- ❖ No se tiene definidas las funciones y perfiles de cargo relacionados con el sistema de gestión ambiental.
- ❖ La política integral actual de la empresa, no contempla los aspectos ambientales de la organización en su totalidad.

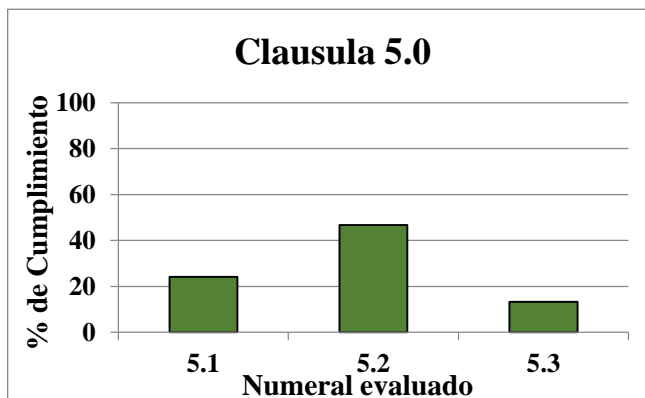


Figura 23 Valoración de cumplimiento para la cláusula N°5. Fuente: Elaboración propia

En la figura 24 se describe la “Cláusula 6”, en donde se obtuvo un promedio del 29% debido a los siguientes aspectos evaluados:

- ❖ No se identifican riesgos y oportunidades para el SGA
- ❖ No se valoran ni priorizan los aspectos e impactos ambientales de la empresa bajo ninguna metodología.
- ❖ Se evidencia el plan de contingencia. Sin embargo, se requiere realizar un instructivo para cada sede.
- ❖ No se evidencia información documentada de riesgos y oportunidades.
- ❖ La organización no planifica la manera de integrar e implementar acciones en los procesos de su sistema de gestión ambiental, ni la eficacia de estas acciones.
- ❖ Se evidencia la iniciativa de procesos de segregación de residuos sólidos en la fuente.
- ❖ Referente a la información documental ambiental se almacenan las actas y certificados de disposición final de los residuos peligrosos y no peligrosos.
- ❖ Se cuantifican parcialmente los indicadores mencionados en el PGIRHYS.

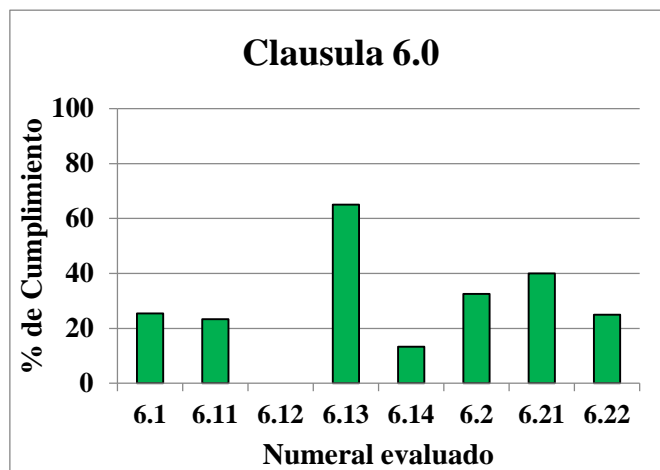


Figura 24 Valoración de cumplimiento para la cláusula N°6. Fuente: Elaboración propia.

Para la “Cláusula 7” figura 25, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 37.10% debido a los siguientes hallazgos encontrados:

- ❖ Se realiza el procedimiento documental para comunicaciones internas en la empresa, sin embargo, es necesario que se integre la parte ambiental en el plan de comunicación.
- ❖ No se tiene estipulado el presupuesto anual para el funcionamiento y mantenimiento del SGA.
- ❖ No se contemplan formatos para el diligenciamiento de toma de datos ambientales.
- ❖ No se realiza evoluciones ni reevaluaciones a los proveedores en temas ambientales.

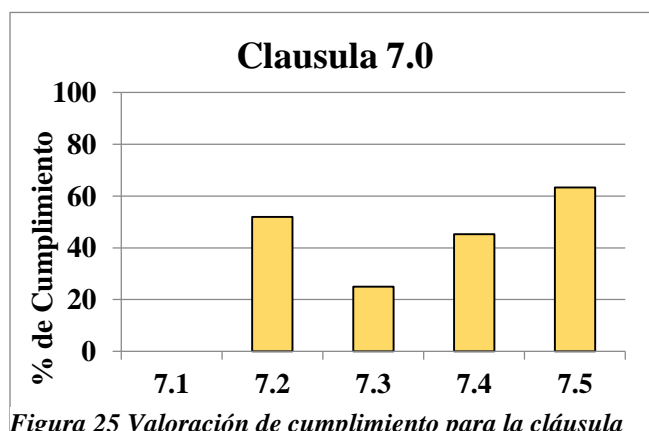


Figura 25 Valoración de cumplimiento para la cláusula N°7. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 26, “Clausula 8”, se obtuvo un porcentaje del 46.3% este resultado se adquirió debido a los siguientes factores:

- ❖ La organización no controla los cambios planificados, ni examina las consecuencias de los cambios no previstos, no toma acciones para mitigar los efectos adversos, en materia ambiental.
- ❖ Se controla la recolección de residuos peligrosos, la venta de residuos reciclables, el pago de servicios de aseo, luz y agua.
- ❖ Dentro del sistema de gestión ambiental no se define el tipo y grado de control e influencia que se aplica en estos procesos.
- ❖ Se cuenta con las certificaciones de la recolección de residuos peligrosos y no peligrosos, pero no se tiene el cálculo de las cantidades de insumos que entran por proceso.
- ❖ La empresa no contempla las necesidades de suministro de información acerca de los impactos ambientales potenciales significativos asociados con el transporte y entrega, así como el uso, tratamiento y la disposición final de sus productos.
- ❖ Existe un plan de contingencia, pero es necesario realizar un instructivo para cada sede.
- ❖ Se realiza el proceso de calibración y mantenimiento para los equipos que se emplean en la organización.

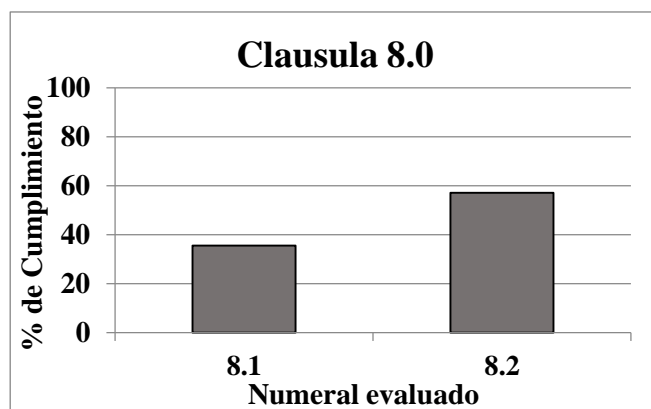


Figura 26 Valoración de cumplimiento para la cláusula N°8. Fuente: Elaboración propia

En la figura 27 “Clausula 9” se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 31.8% por las siguientes razones:

- ❖ La organización realiza escasas auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de la gestión ambiental.
- ❖ Cuando se establece el programa de auditoría, la organización no tiene en cuenta la importancia ambiental de los procesos involucrados, los cambios que afectan a la organización y los resultados de las auditorías previas.
- ❖ Se realiza la revisión por la dirección anualmente para el SGC y SG-SST, sin embargo, no se contempla para el SGA.

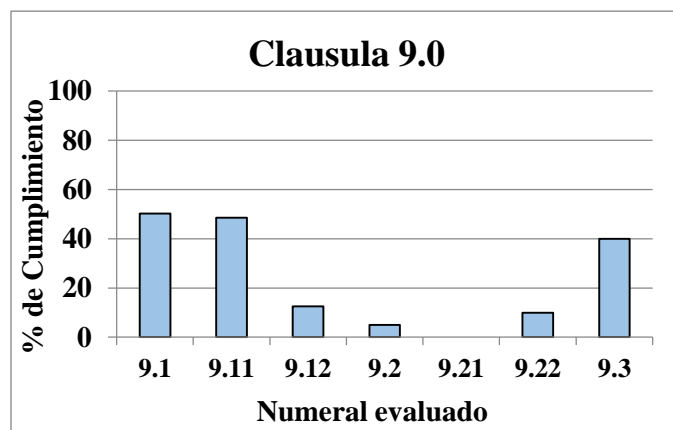


Figura 27 Valoración de cumplimiento para la cláusula N° 9. Fuente: Elaboración propia.

Como se evidencia en la “Clausula 10”, figura 28, se obtuvo un promedio del 26.7% debido a los siguientes resultados:

- ❖ Actualmente no se han realizado auditorías al sistema ambiental pues se encuentra en fase de diseño. Sin embargo, los hallazgos encontrados en inspecciones son tratados con la alta dirección.
- ❖ La organización conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente y los resultados de cualquier acción correctiva.

- ❖ Actualmente la organización no contempla la mejora continua, la conveniencia, adecuación y eficacia respecto al sistema de gestión ambiental enfocado a la mejora del desempeño ambiental.

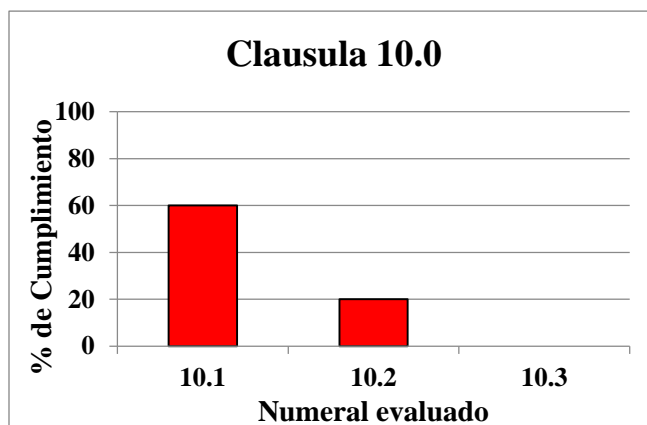


Figura 28 Valoración de cumplimiento para la cláusula N° 10. Fuente: Elaboración propia.

Finalmente se presenta la figura 29 en la cual se resumen los porcentajes de cumplimiento obtenidos para las cláusulas mencionadas anteriormente.

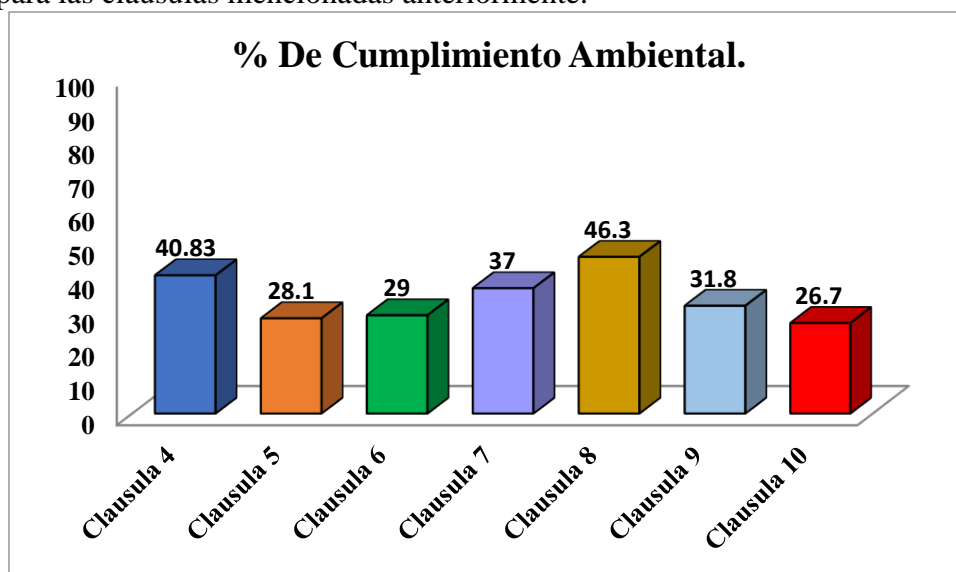


Figura 29 Porcentaje de cumplimiento ambiental por cláusulas. Fuente: Elaboración propia.






De acuerdo a la gráfica obtenida, se pudo identificar que el resultado final de la gestión ambiental realizada actualmente en la IPS es de un 34.26%, esto se debe a que la empresa únicamente cumple con los requisitos mínimos legales exigidos por ley, dando a conocer las falencias documentales, de operación y control en el componente ambiental.









1.15.1 Revisión ambiental inicial Sede asistencial







Por otra parte se empleó la guía técnica colombiana GTC 93 de 2007 para la ejecución de la revisión ambiental inicial (RAI) en la empresa, en esta operación se espera definir un plan de acción concreto para implementar o mejorar el SGA, los procesos contemplados para la revisión fueron:

- La sede asistencial (Tabla 7 a la 18)
- La sede administrativa (Tabla 19 a la 25)
- Servicio extramural (Tabla 26 a la 31)

Tabla 7 Revisión ambiental inicial-Sede asistencial. Fuente: Elaboración propia.

<u>REVISIÓN AMBIENTAL INICIAL DEL SITIO</u>						
Fecha: 30 de Agosto 2019						
Revisión realizada por/ cargo: Analista de calidad y gestión ambiental.						
Localización del lugar: Carrera 22 N° 72-29 San Felipe- Sede Asistencial						
<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACIÓN:</u>					
<u>Nombre del quipo</u>	<u>Fuente de energía</u>	<u>Ubicación</u>	<u>Cantidad (Und)</u>	<u>Fotografía</u>		
EQUIPOS	Basculas brazo , piso, (digital análoga)	Pila AA	Consultorios médicos	6		
	Tensiómetro (pared-portátil)	Manual	Consultorios médicos	6		
	Audiómetro	Eléctrico	Consultorio audiometría	2		
	Cabina de audiometría	Eléctrica	Consultorio audiometría	2		
	Espirómetro	Pilas	Consultorio de Espirómetro	1		

Otoscopio	Pilas	Consultorios médicos	6	
Fonendoscopio	Manual	Consultorios médicos	6	
Electrocardiógrafo	Eléctrico	Consultorios médicos	1	
Equipo de órganos	Pilas	Consultorios médicos	6	
Termo higrómetro	Pilas	Vacunación	2	
Refrigerador vacunación	Eléctrico	Vacunación	1	
Polireactímetro	Eléctrico	Consultorio de Psicología	1	
Visiometro	Eléctrico	Consultorio de Visimetría	1	



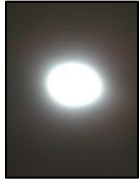
Sistema de vigilancia	Eléctrico	Toda la sede	24	
Sistema de alarma (sensores, video porteros y cerca eléctrica)	Eléctrico	Toda la sede	1	
Servidor	Eléctrico	Recepción	1	
Teléfonos fijos	Eléctrico	Consultorios médicos y recepciones	6	
Horno microondas	Eléctrico	Comedor	1	
Extractor	Eléctrico	Baños 2do piso	2	




El mantenimiento de dichos equipos se realiza 2 veces al año, la última fecha de mantenimiento se efectuó en el mes de Julio de 2019 y el próximo mantenimiento se realizara en mes de Febrero de 2020, es importante mencionar que se cuenta con la hoja de vida de cada uno de los equipos, así como su calibración, además se cuenta con profesionales de la salud capacitados para el uso de los equipos médicos.

Tabla 8 Evaluación consumo de papel- Sede asistencial. Fuente Elaboración propia.

<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACIÓN:</u>																																																											
CONSUMO DE PAPEL	<p>*Respecto al consumo de papel en la sede asistencial, actualmente no se realizan charlas ni capacitaciones referentes al ahorro y uso eficiente del papel, tampoco existe un programa en relación a este tema.</p> <p>*Los consultorios y recepciones cuentan con canecas de color gris (Capacidad de 8 a 14 Litros) para su adecuada segregación en la fuente, sin embargo estos procesos no se llevan a cabalidad.</p> <p>*Se cuenta con 2 impresoras las cuales son recargadas cada 2 meses según su uso.</p> <p>*Es importante mencionar que el proceso de reutilización de hojas (impresión por doble cara) se realiza en la sede.</p> <p>*El personal encargado del área de sistemas realizan un control del número de impresiones generadas al mes, sin embargo no se toman acciones para reducir la cantidad de impresiones por área, ni se socializa.</p> <p>*La empresa cuenta con un gestor externo certificado ECOPLANETA, el cual realiza la recolección de los residuos reciclables el último jueves de cada mes.</p> <p>*Respecto al proceso de segregación de papel reciclable se genera al mes aproximadamente 7.14 kg, de cartón 3.5 kg y plástico 0.9 kg.</p> <p>*Durante el año 2019 se reciclaron 85.7 kg de papel, 35.3 kg de cartón y 10.6 kg de plástico.</p> <p>A continuación se relaciona el número de impresiones generadas por mes en la sede asistencial, durante el año 2019.</p>																																																											
	<table border="1" data-bbox="684 776 1598 1317"> <thead> <tr> <th colspan="4" data-bbox="684 776 1598 857"><u>NUMERO DE IMPRESIONES GENERADAS EN LA SEDE ASISTENCIAL- 2019.</u></th> </tr> <tr> <th colspan="2" data-bbox="684 857 1142 898">AREAS: Recepción primer piso.</th> <th colspan="2" data-bbox="1142 857 1598 898">AREAS: Recepción segundo piso.</th> </tr> <tr> <th data-bbox="684 898 884 938">PERIODO</th> <th data-bbox="884 898 1142 938">Nº IMPRESIONES.</th> <th data-bbox="1142 898 1341 938">PERIODO</th> <th data-bbox="1341 898 1598 938">Nº IMPRESIONES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="684 938 884 979">Enero</td> <td data-bbox="884 938 1142 979">284</td> <td data-bbox="1142 938 1341 979">Enero</td> <td data-bbox="1341 938 1598 979">-</td> </tr> <tr> <td data-bbox="684 979 884 1019">Febrero</td> <td data-bbox="884 979 1142 1019">700</td> <td data-bbox="1142 979 1341 1019">Febrero</td> <td data-bbox="1341 979 1598 1019">744</td> </tr> <tr> <td data-bbox="684 1019 884 1060">Marzo</td> <td data-bbox="884 1019 1142 1060">341</td> <td data-bbox="1142 1019 1341 1060">Marzo</td> <td data-bbox="1341 1019 1598 1060">725</td> </tr> <tr> <td data-bbox="684 1060 884 1101">Abril</td> <td data-bbox="884 1060 1142 1101">499</td> <td data-bbox="1142 1060 1341 1101">Abril</td> <td data-bbox="1341 1060 1598 1101">255</td> </tr> <tr> <td data-bbox="684 1101 884 1141">Mayo</td> <td data-bbox="884 1101 1142 1141">663</td> <td data-bbox="1142 1101 1341 1141">Mayo</td> <td data-bbox="1341 1101 1598 1141">351</td> </tr> <tr> <td data-bbox="684 1141 884 1182">Junio</td> <td data-bbox="884 1141 1142 1182">833</td> <td data-bbox="1142 1141 1341 1182">Junio</td> <td data-bbox="1341 1141 1598 1182">396</td> </tr> <tr> <td data-bbox="684 1182 884 1222">Julio</td> <td data-bbox="884 1182 1142 1222">1442</td> <td data-bbox="1142 1182 1341 1222">Julio</td> <td data-bbox="1341 1182 1598 1222">401</td> </tr> <tr> <td data-bbox="684 1222 884 1263">Agosto</td> <td data-bbox="884 1222 1142 1263">2329</td> <td data-bbox="1142 1222 1341 1263">Agosto</td> <td data-bbox="1341 1222 1598 1263">632</td> </tr> <tr> <td data-bbox="684 1263 884 1304">Septiembre</td> <td data-bbox="884 1263 1142 1304">2033</td> <td data-bbox="1142 1263 1341 1304">Septiembre</td> <td data-bbox="1341 1263 1598 1304">901</td> </tr> <tr> <td data-bbox="684 1304 884 1344">Octubre</td> <td data-bbox="884 1304 1142 1344">2391</td> <td data-bbox="1142 1304 1341 1344">Octubre</td> <td data-bbox="1341 1304 1598 1344">881</td> </tr> <tr> <td data-bbox="684 1344 884 1385">Noviembre</td> <td data-bbox="884 1344 1142 1385">2494</td> <td data-bbox="1142 1344 1341 1385">Noviembre</td> <td data-bbox="1341 1344 1598 1385">434</td> </tr> <tr> <td data-bbox="684 1385 884 1425">Diciembre</td> <td data-bbox="884 1385 1142 1425">2115</td> <td data-bbox="1142 1385 1341 1425">Diciembre</td> <td data-bbox="1341 1385 1598 1425">465</td> </tr> </tbody> </table>	<u>NUMERO DE IMPRESIONES GENERADAS EN LA SEDE ASISTENCIAL- 2019.</u>				AREAS: Recepción primer piso.		AREAS: Recepción segundo piso.		PERIODO	Nº IMPRESIONES.	PERIODO	Nº IMPRESIONES.	Enero	284	Enero	-	Febrero	700	Febrero	744	Marzo	341	Marzo	725	Abril	499	Abril	255	Mayo	663	Mayo	351	Junio	833	Junio	396	Julio	1442	Julio	401	Agosto	2329	Agosto	632	Septiembre	2033	Septiembre	901	Octubre	2391	Octubre	881	Noviembre	2494	Noviembre	434	Diciembre	2115	Diciembre
<u>NUMERO DE IMPRESIONES GENERADAS EN LA SEDE ASISTENCIAL- 2019.</u>																																																												
AREAS: Recepción primer piso.		AREAS: Recepción segundo piso.																																																										
PERIODO	Nº IMPRESIONES.	PERIODO	Nº IMPRESIONES.																																																									
Enero	284	Enero	-																																																									
Febrero	700	Febrero	744																																																									
Marzo	341	Marzo	725																																																									
Abril	499	Abril	255																																																									
Mayo	663	Mayo	351																																																									
Junio	833	Junio	396																																																									
Julio	1442	Julio	401																																																									
Agosto	2329	Agosto	632																																																									
Septiembre	2033	Septiembre	901																																																									
Octubre	2391	Octubre	881																																																									
Noviembre	2494	Noviembre	434																																																									
Diciembre	2115	Diciembre	465																																																									

Tabla 9 RAI, Evaluación luminaria-Sede asistencial. Fuente: Elaboración propia.

TEMA	EVALUACIÓN			
	Área	Fuente de luz	Cantidad bombillos (Und)	Observación
ILUMINACIÓN	Entrada sede asistencial	Fuente artificial: Bombillo incandescente. Fuente Natural: SI.	2	 
	Recepción 1,2,3,4	Fuente artificial: Bombillo LED y Halógena. Fuente Natural: NO.	5	
	Consultorio Psicología	Fuente artificial: Bombillo LED Fuente Natural: SI.	3	NA
	Baño Psicología	Fuente artificial: Bombillo LED Fuente Natural: NO.	1	NA
	Consultorio Espirímetría	Fuente artificial: Bombillo LED Fuente Natural: NO.	2	NA
	Consultorio 106 Consulta general	Fuente artificial: Bombillo LED Fuente Natural: SI.	2	NA

	Vacunación 109	Fuente artificial: Tubos fluorescentes rectos Fuente Natural: NO.	2	
	Corredor 1er piso	Fuente artificial: Bombillos LED y Fluocompacta. Fuente Natural: NO.	6	
	Sala espera 1er piso fondo	Fuente artificial: Bombillos LED. Fuente Natural: SI.	8	1 Fundido
	Consultorio 102	Fuente artificial: Bombillos LED. Fuente Natural: SI.	4	
	Consultorio 103	Fuente artificial: Bombillos LED. Fuente Natural: SI.	6	NA
	Consultorio 104	Fuente artificial: Bombillos LED. Fuente Natural: SI.	8	NA
	Consultorio 105	Fuente artificial: Bombillos LED. Fuente Natural: SI.	4	Falta de mantenimiento a claraboyas
	Consultorio de toma de muestras	Fuente artificial: Bombillos LED. Fuente Natural: SI.	4	NA
	Cuarto de insumos	Fuente artificial: Bombillos LED. Fuente Natural: NO.	1	NA

Baño hombres y mujeres 1er piso	Fuente artificial: Bombillos LED. Fuente Natural: NO.	2	NA
Sala de espera 2do piso	Fuente artificial: Tubos fluorescentes rectos Fuente Natural: SI.	2	NA
Baño de hombres y mujeres 2do piso	Fuente artificial: Bombilla fluocompacta. Fuente Natural: NO.	2	
Consultorio 204	Fuente artificial: Tubos fluorescentes rectos. Fuente Natural: SI.	2	
Recepción 2do piso	Fuente artificial: Tubos fluorescentes rectos. Fuente Natural: SI.	4	1 Fundido
Cafetería	Fuente artificial: Bombillo LED. Fuente Natural: SI.	1	NA
Consultorio 203	Fuente artificial: Tubos fluorescentes rectos. Fuente Natural: SI.	2	NA
Consultorio 202	Fuente artificial: Bombillos LED. Fuente Natural: NO.	3	NA
Consultorio 201	Fuente artificial: Bombillos LED. Fuente Natural: SI.	2	NA

*La luminaria que se funde o se rompe, es dispuesta como residuos peligroso administrativo, almacenada en el cuarto de residuos peligrosos ubicado en la sede administrativa, se disponen en bolsas rojas correctamente rotulas y pesadas, los datos son ingresados en el inventario de residuos peligrosos y en el formato RH1; los residuos son almacenados por 1 año ya que la cantidad de residuos generados en el mes es menor a 10 kg.

* El gestor contratado para la recolección de los residuos peligrosos administrativos es ECOLCIN, la última recolección se realizó en el mes de Mayo 2019 y fueron recolectados aproximadamente 60 kg entre RAEEs, luminaria, pilas, envases contaminados con pintura, envases contaminados con sustancias químicas.

*No se contempla un programa de limpieza ni mantenimiento para luminarias.

*No se han realizado estudios de iluminación en puestos de trabajo para esta sede.

Tabla 10 Evaluación calidad del aire interno- Sede asistencial. Fuente: Elaboración propia.

TEMA:	EVALUACIÓN:
CALIDAD DEL AIRE INTERNO.	<p>*En la sede asistencial se cuenta únicamente con 2 extractores axiales para los baños, de tipo manual ya que requieren ser activados manualmente mediante un interruptor, es un aparato eléctrico que permite airear y ventilar los baños eliminando el moho y los malos olores.</p> <p>*No se tiene planeado el mantenimiento para dichos equipos.</p> <p>*En los baños del 1er piso no se cuenta con sistema de ventilación.</p> <p>* No se posee sistema de control para temperatura.</p>

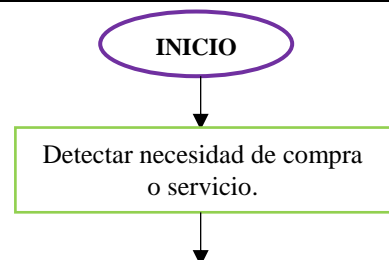
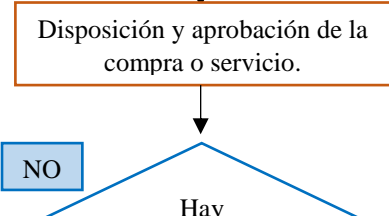
Tabla 11 RAI, Evaluación energía eléctrica -Sede asistencial. Fuente: Elaboración propia.

TEMA:	EVALUACIÓN:						
ENERGIA ELECTRICA.	<p>*Actualmente no existe un programa de ahorro y uso eficiente de energía eléctrica. *En la política integral de la empresa se menciona la importancia de la preservación de los recursos no renovables como la energía eléctrica, sin embargo, no se realiza ninguna acción al respecto. *Actualmente se cuenta con un archivo en el cual se diligencia el costo de la factura de la luz mes a mes. *No se realizan capacitaciones de sensibilización ambiental referidas al consumo de energía eléctrica. *No se cuenta con fuentes de energías renovables. *La mayoría de bombillos instalados en la sede son LED.</p> <p>A continuación, se relaciona el consumo mensual (KW/H) en la sede, además del consumo per cápita día por trabajador.</p>						
	PERIODO	Consumo de energía eléctrica KW/H	Número de trabajadores y personal flotante que ingresa a la sede.			Días Reales Laborados en el mes	Promedio general (KW/px/día)
			Visitantes	Trabajadores	Usuarios		
	Enero	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	Febrero	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	Marzo	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	Abril	400.4	1	24	90	12	0.290
	Mayo	900.3	2	23	89	23	0.343
	Junio	737.8	2	24	100	25	0.234
	Julio	806.8	1	24	91	25	0.278
	Agosto	836.1	1	24	90	25	0.291
	Septiembre	850.2	2	24	88	25	0.287
	Octubre	860.4	2	24	89	26	0.288
Noviembre	797.4	2	22	83	24	0.311	
Diciembre	NA	NA	NA	NA	NA	NA	

TEMA:	EVALUACIÓN:					
SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS.	<p>*La empresa cuenta con el documento <i>PLHSEQ-003 Plan de emergencia</i> para las sedes asistencial y administrativa, además este aspecto se contempla en el documento <i>ODPE-018 Matriz de riesgo del SGI</i>.</p> <p>*Se realizan capacitaciones referentes al uso de extintores y cómo actuar ante una emergencia.</p> <p>*Ultima recarga de extintores, mes de julio de 2019.</p> <p>*Se tiene identificados los brigadistas y el coordinador de incendios.</p> <p>*Todos los extintores se encuentran señalizados correctamente.</p> <p>*Se han realizado simulacros para ambas sedes.</p> <p>* Se cuenta con los contactos de bomberos ante una emergencia.</p> <p>*Se realizan inspecciones trimestrales a los extintores de las sedes.</p> <p>A continuación se relaciona el número de extintores con los que cuenta cada sede.</p>					
	Sede asistencial		Sede administrativa		Servicio extramural	
	Tipo de extinto	Cantidad	Tipo de extinto	Cantidad	Tipo de extinto	Cantidad
	Multipropósitos	3	Multipropósitos	5	Multipropósitos	3
Solkaflam	1	Solkaflam	1	Solkaflam	0	

Tabla 12 RAI, Evaluación seguridad contra incendios-Sede asistencial. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13 RAI, Proceso compras-Sede asistencial. Fuente: Elaboración propia.

TEMA:	EVALUACIÓN:		
COMPRAS	<p>* Respecto al procesó de compras para las 2 sedes y el servicio extramural se encuentra descrito a detalle en el procedimiento PRCO-001 Compras, a continuación se describe el flujograma de actividades para dicho proceso:</p>		
	<p>ACTIVIDAD</p>	<p>DESCRIPCIÓN</p>	<p>RESPONSABLE</p>
		<p>1. Detectar la necesidad de realizar la compra y/o adquirir un servicio según requerimiento de compras rutinarias y no rutinarias de las áreas en los formatos establecidos.</p>	<p>Líderes de Área</p>
		<p>2. El Director de Área en compañía con Gerencia General o Comercial cuando se requiera, revisan las necesidades de compras o servicios en los formatos establecidos definiendo cuales se deben realizar.</p> <p>Se toma como base el FRCO-001 Listado Maestro de Proveedores. para productos y/o base de datos de profesionales para servicios. Además, hay que tener presente aquel proveedor que brinde mayor relación costo beneficio para la compañía.</p>	<p>Director Área Gerente General o Comercial</p>
	<p>3. Verificar y comprobar en inventario existencias y cantidades de los productos solicitados por las áreas, en caso de tener la cantidad requerida estos serán relacionados y entregados en el formato FRCO-006 Entrega de Pedido para su utilización, en caso contrario se procederá a realizar la Orden de Compra o Servicio respectiva.</p>	<p>Asistente Administrativo Subgerente Administrativo y Financiero</p>	

	<pre> graph TD A[Entregar solicitud al área.] --> B((Fin)) </pre>	<p>4. El Director de Área elabora la Orden de Compra y/o Servicio en el formato <i>FRCO-002 Orden Compra – FRCO-011 Orden de Servicio Profesionales Externos</i>; respectivamente.</p>	<p>Director Área</p>
	<pre> graph TD A[Elaborar orden de compra o servicio.] --> B[Aprobar] B --> C[Recepción de compra o servicios.] </pre>	<p>5. Imprimir, firmar y entregar el documento firmado se envía por e-mail, se entrega físicamente, al proveedor o profesional.</p> <p>6. Insumos, Equipos, EPP entre otros. El Subgerente, verifican que los productos correspondan a los facturados en la Orden de Compra e inspeccionan la conformidad del producto, si al recibir los productos se detecta que alguno esta fuera de especificaciones o no cumple con los criterios establecidos en la Orden de Compra, se informa al proveedor para que verifique y realice el cambio correspondiente, la novedad. Dispositivos Médicos y Productos biológicos. Se debe verificar fecha de vencimiento, registros sanitarios expedidos por el INVIMA (<i>si aplica</i>), se solicita al proveedor el acto administrativo de los elementos entregados o mediante la verificación de la página web del INVIMA, en el link consultas públicas. Los Productos biológicos, se reciben en una nevera portátil con pilas para conservar su cadena de frio y se almacenan en la nevera de vacunación para su control, según normas de conservación de cadena de frío. Una vez realizada la inspección de la compra se ingresan en el <i>Listado Maestro de Relación de Productos biológicos FRCO-003 Movimientos de medicamentos, dispositivos e insumos</i>, según corresponda.</p>	<p>Director Área</p> <p>Subgerente Administrativo y Financiero Persona Asignada</p>

<pre> graph TD A[Almacenamiento] --> B[Entrega de las compras] B --> C[Control de condiciones de temperatura y humedad si es el caso.] C --> D((Fin)) </pre>	<p>EPP e Implementos de Seguridad Estos son verificados y entregados al director QHS para que determine su disposición final en las áreas o trabajadores de la compañía. Para las Órdenes de Servicio se revisará la información relacionada en la entrega del servicio</p>	
	<p>7. Las condiciones de almacenamiento de los productos, equipos, insumos y productos biológicos comprados se establecen en el numeral 5.1.6. Almacenamiento del presente documento.</p>	<p>Asistente Administrativo Auxiliar de Enfermería</p>
	<p>8. El Asistente Administrativo basado en las necesidades de compras rutinarias solicitadas por las áreas, entregará a cada funcionario sus requerimientos previa verificación y firma como evidencia de la entrega en el formato FRCO-006 <i>Entrega de Pedido.</i></p>	<p>Asistente Administrativa</p>
	<p>9. Se debe realizar la verificación de las condiciones de temperatura y humedad.</p>	<p>Auxiliar de Enfermería</p>
<p>*Actualmente no se tienen definidos los requisitos ambientales de los productos y servicios solicitados. *Si existe la clasificación y calificación de proveedores, pero no se tiene en cuenta desde un punto de vista ambiental. *No se registra mediante un documento las entradas y salidas de EPPS e insumos.</p>		



TEMA:	EVALUACIÓN:
<p>AGUA POTABLE.</p>	<p>*Actualmente no existe un programa de ahorro y uso eficiente de agua potable.</p> <p>*En la política integral de la empresa se menciona la importancia de la preservación de los recursos no renovables como el agua potable, sin embargo, no se realiza ninguna acción al respecto.</p> <p>*Actualmente se cuenta con un archivo en el cual se registra el costo de la factura del agua durante los meses.</p> <p>*No se realizan capacitaciones de sensibilización ambiental referidas al consumo de agua potable.</p> <p>*No se cuenta con la instalación de equipos o artefactos ahorradores de agua.</p> <p>*La sede asistencial cuenta con un tanque de reserva de 1000 litros, construido en materia de plástico, color negro, no se encuentra corroído, superficie lisa, posee tapa de cierre, resistente a la intemperie, no tiene partes metálicas que se oxiden, marca Eternit y está instalado en una base de concreto.</p> <p>*El lavado del tanque se realiza cada 6 meses como mínimo; el ultimo lavado fue realizado el 10 de agosto de 2019, ejecutado por la empresa Integral hygienist, el cual utilizo NaClO al 13%, con una dosis de 1.33 cm por litro de agua, para dicha actividad se solicitó al proveedor el permiso de alturas, ARL, hoja de seguridad de los productos a emplear, concepto higiénico sanitario, procedimiento y uso de los EPPS, dicha actividad tarda 45 minutos aproximadamente.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p>*La limpieza terminal de los baños se realiza como mínimo 1 vez a la semana los días sábados.</p> <p>*La casa cuenta con caja de inspección.</p> <p>*Uno de los sifones de la entrada presenta taponamiento, lo cual ha generado inundaciones en la entrada de la sede.</p> <p>*Para el mes de agosto se presenta una falla en el registro por tal motivo se solicita visita al acueducto.</p> <p>*Se consume mensualmente 14 m³ de agua al mes.</p> <p>*El lavado de las canecas se realiza cada 8 días.</p>

Tabla 14 RAI, Evaluación suministro de agua potable- Sede asistencial. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15 RAI, Evaluación segregación residuos sólidos no peligrosos.- Sede asistencial. Fuente: Elaboración propia.




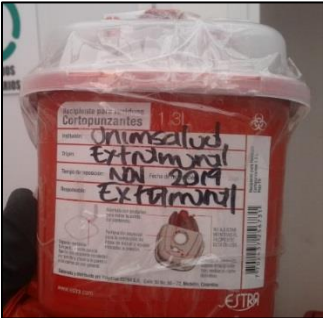
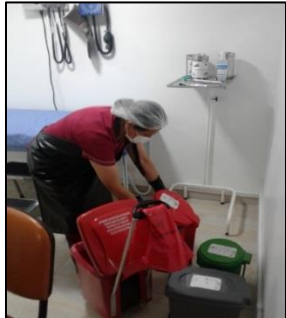
TEMA:	EVALUACIÓN:									
<p>RESIDUOS NO PELIGROSOS</p>	<p>*La sede asistencial cuenta con 1 punto ecológico en la entrada. * Posee una unidad temporal de acopio para residuos peligrosos y no peligrosos (UTHA). *Los residuos ordinarios son recolectados por el gestor BOGOTA LIMPIA los días lunes, miércoles y viernes. *Los residuos reciclables como el cartón, papel, plástico y chatarra son vendidos al gestor ECOPLANETA. *Se cuenta con canecas de color verde, gris y azul, sin embargo los procesos de segregación no se realizan efectivamente.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">     </div> <p>*Existe el plan integral de residuos hospitalarios y similares (PGIRHYS) en el cual se describen los procesos de generación, segregación, almacenamiento y disposición final de residuos peligrosos y no peligrosos. *Se cuenta con esquemas para la ruta sanitaria, la cual es ejecutada todos los días de 3:30 pm a 4:00 pm, del mismo modo se anudan las bolsas, se pesan, rotulan y se registran en el formato RH1. *Se cuenta con Kit de derrames y su respectivo instructivo. *Emplean 2 carros recolectores para los residuos ordinarios y peligrosos. *Se realiza inducción al personal que ingresa a la empresa en referencia a la disposición de residuos sólidos en su mayoría. *Se cuenta con plan de contingencia.</p> <p>A continuación se refiere el número de canecas existentes en la sede, así como su capacidad en litros :</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="3">NUMERO DE CONTENEDORES DE RESIDUOS NO PELIGROSOS:</th> </tr> <tr> <th>CANECAS VERDES</th> <th>CANECAS AZULES</th> <th>CANECAS GRISES:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21 Unidades, de 6 a 100 L respectivamente.</td> <td>2 unidades, de 12 y 25 L</td> <td>16 unidades, de 8 a 53 L respectivamente.</td> </tr> </tbody> </table> <p>*No se realizan actividades de las 3R. *No se evalúan los costos de disposición. *En la política integral de la empresa se contempla la adecuada segregación de residuos sólidos.</p>	NUMERO DE CONTENEDORES DE RESIDUOS NO PELIGROSOS:			CANECAS VERDES	CANECAS AZULES	CANECAS GRISES:	21 Unidades, de 6 a 100 L respectivamente.	2 unidades, de 12 y 25 L	16 unidades, de 8 a 53 L respectivamente.
NUMERO DE CONTENEDORES DE RESIDUOS NO PELIGROSOS:										
CANECAS VERDES	CANECAS AZULES	CANECAS GRISES:								
21 Unidades, de 6 a 100 L respectivamente.	2 unidades, de 12 y 25 L	16 unidades, de 8 a 53 L respectivamente.								

Tabla 16 RAI Residuos peligrosos. Fuente: Elaboración propia.

TEMA:	EVALUACIÓN:
<p>RESIDUOS PELIGROSOS</p>	<p>*Posee una unidad temporal de acopio para residuos peligrosos y no peligrosos (UTHA). *Los residuos peligrosos hospitalarios son recolectados por el gestor ECOCAPITAL, el primero y tercer viernes de cada mes. *Únicamente se generan residuos Biosanitarios y corto punzantes. *Se cuenta con canecas de color rojo y guardianes, sin embargo los procesos de segregación no se realizan efectivamente.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">     </div> <p>*Existe el plan integral de residuos hospitalarios y similares (PGIRHYS) en el cual se describen los procesos de generación, segregación, almacenamiento y disposición final de residuos peligrosos y no peligrosos. * Se cuenta con esquemas para la ruta sanitaria, la cual es ejecutada todos los días de 3:30 pm a 4:00 pm, del mismo modo se anudan las bolsas, se pesan, rotulan y se registran en el formato RH1. *Se cuenta con plan de contingencia.</p> <p>A continuación se relaciona el número de contenedores:</p>




	<u>NUMERO DE CONTENEDORES DE RESIDUOS NO PELIGROSOS:</u>
	CANECAS VERDES
	13 unidades, de 12 a 100 L respectivamente.
<p>*La IPS cuenta con el comité del Grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria (GAGAS), conformado por un profesional de la salud y miembros de la sede, en donde se tratan las falencias y resultados ambientales obtenidos mensualmente, de acuerdo a lo estipulado en la norma.</p> <p>*Se generan aproximadamente 34.7 kg de residuos Biosanitarios al mes y 2.5 kg de residuos corto punzantes.</p> <p>*Los residuos peligrosos hospitalarios generados en el servicio extramural son llevados a la UTHA de la sede asistencial en horas de la tarde.</p> <p>*Los residuos peligrosos administrativos como (RAEEs, luminaria, pilas-baterías, envases contaminados con sustancias químicas y envases contaminados con pintura), son recolectados por el personal de servicios generales y llevamos a la sede administrativa para su almacenamiento.</p>	

Tabla 17 RAI, Evaluación paisaje áreas externas- Sede asistencial. Fuente: Elaboración propia.

<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACION:</u>
PAISAJE, AREAS EXTERNAS.	<p>*No se realizan procesos de compostaje ya que no se cuenta con un área amplia y acondicionada para el almacenamiento de residuos orgánicos.</p> <p>* En las sedes asistencial y administrativa se cuenta con plantas arbustivas y rastreras en materas.</p> <p>*En el jardín de la Sede administrativa se encuentra sembrada una palma de cera.</p> <p>*El jardín de la entrada de la sede administrativa es rociado manualmente por el personal de servicios generales cada 2 días.</p> <p>* Se planea fumigar las plantas en el mes de Diciembre.</p>




* La fumigación de las sedes fue realizada el día 17 de agosto de 2019 con el producto Hawker.
*No se ha presentado ningún tipo de afectación con la comunidad circundante.




Tabla 18 Evaluación transporte- Sede asistencial. Fuente: Elaboración propia.

<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACIÓN:</u>		
TRANSPORTE	<p>*El 80% de los empleados utiliza transporte público para llegar a la empresa. *La empresa cuenta con 3 vehículos para la prestación del servicio extramural.</p>  <p>-PLACA: SWS 388 Bogotá. -Licencia de transito: 10001480670. -Modelo: 2011. -Color: Blanco luna. -Número de motor: LAQ8A72111518. -Número de Chasis: lzwacaga4b4002696 -Capacidad TON/PSJS: 2 PSJ.</p>	 <p>-PLACA: WDC 006 Chía. -Licencia de transito: 10008622873 -Modelo: 2014 -Color: Blanco Vinilo -Número de motor: D44DD544330 -Número de Chasis: kmfga17ppec233052 -Capacidad TON/PSJS: 5 PSJ.</p>	 <p>-PLACA: BJV 147 Bogotá. -Licencia de transito: 03-11001394500A. -Modelo: 1998. -Color: Blanco polar. -Número de motor: F10A1048910. -Número de Chasis: 9gbed921vwb555608 -Capacidad TON/PSJS: 6 PSJ.</p> <p>*Los vehículos son inspeccionados cada 3 meses por el área de HSEQ, con las respectivas listas de chequeo empleadas en la empresa. *La empresa cuenta con el Plan estratégico de seguridad vial y su respectivo comité.</p>

1.15.2 Revisión ambiental inicial Sede administrativa

Tabla 19 Revisión ambiental inicial- Sede administrativa. Fuente: Elaboración propia

<i>REVISIÓN AMBIENTAL INICIAL DEL SITIO</i>					
Fecha: 30 de agosto de 2019					
Revisión realizada por/ cargo: Analista de calidad y gestión ambiental.					
Localización del lugar: Carrera 22 N° 72-35 San Felipe- Sede Administrativa.					
<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACION:</u>				
	<u>Nombre del quipo</u>	<u>Fuente de energía</u>	<u>Ubicación</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Fotografía</u>
EQUIPOS	Computador de escritorio	Eléctrico	Consultorios médicos y recepciones	36	
	Impresoras	Eléctrico	Recepciones	9	
	TV	Eléctrico	Salas de espera	5	

	Secador automático	Eléctrico	Baños	2	
	Sistema de vigilancia	Eléctrico	Toda la sede	24	
	Sistema de alarma (sensores, video porteros y cerca eléctrica)	Eléctrico	Toda la sede	1	
	Servidor	Eléctrico	Recepción	1	
	Teléfonos fijos	Eléctrico	Consultorios médicos y recepciones	27	
	Horno microondas	Eléctrico	Comedor	2	
	Extractor	Eléctrico	Comedor	1	
	Computador Portátil	Eléctrico	Sala de sistemas	5	
	Estufa	Eléctrico	Cocina	1	

El mantenimiento de dichos equipos se realiza 2 veces al año, la última fecha de mantenimiento se efectuó en el mes de Julio de 2019 y el próximo mantenimiento se realizara en mes de Febrero de 2020, es importante mencionar que se cuenta con la hoja de vida de cada uno de los equipos, así como su calibración, además se cuenta con profesionales de la salud capacitados para el uso de los equipos médicos.

Tabla 20 RAI, Evaluación consumo papel- Sede administrativa. Fuente: Elaboración propia.

<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACIÓN:</u>					
CONSUMO DE PAPEL	<p>* Respecto al consumo de papel en la sede administrativa, actualmente no se realizan charlas ni capacitaciones referentes al ahorro y uso eficiente del papel, tampoco existe un programa en relación a este tema.</p> <p>*Las oficinas cuentan con canecas de color gris (Capacidad de 8 a 10 Litros), para su adecuada segregación en la fuente sin embargo, estos procesos no se llevan a cabalidad.</p> <p>*Se cuenta con 16 impresoras, las cuales son recargadas mensualmente según su necesidad.</p> <p>* Es importante mencionar que el proceso de reutilización de hojas (impresión por doble cara) se realiza en la sede.</p> <p>* El personal encargado del área de sistemas realizan un control del número de impresiones generadas al mes sin embargo, no se toman acciones para reducir la cantidad de impresiones por área, ni se socializan.</p> <p>*La empresa cuenta con un gestor externo certificado ECOPLANETA, el cual realiza la recolección de los residuos reciclables el último jueves de cada mes.</p> <p>*Respecto al papel reciclable se generan al mes aproximadamente 26.27 kg, de cartón 1.2 kg y plástico 3.2 kg.</p> <p>*Durante el año 2019 se reciclaron 315.3 kg de papel, 15 kg de cartón y 34.8 kg de plástico.</p> <p>A continuación, se relaciona el número de impresiones generadas por mes en la sede administrativa durante el año 2019, para las 6 áreas que representan el 80% del consumo de papel.</p>					
	NUMERO DE IMPRESIONES GENERADAS EN LA SEDE ADMINISTRATIVA- 2019.					
	AREAS: Contabilidad.	AREAS: Facturación	AREAS: Recepción	AREAS: Informes	AREAS: Comercial	AREAS: Proyectos

	Periodo	N° impresiones	Periodo	N° impresiones	Periodo	N° impresiones	Periodo	N° impresiones	Periodo	N° impresiones	Periodo	N° impresiones
	Enero	4503	Enero	3.699	Enero	-	Enero	1154	Enero	960	Enero	544
	Febrero	6217	Febrero	-	Febrero	-	Febrero	2276	Febrero	1780	Febrero	1388
	Marzo	4201	Marzo	4.814	Marzo	14	Marzo	753	Marzo	1715	Marzo	4126
	Abril	4644	Abril	2.088	Abril	113	Abril	2411	Abril	1623	Abril	2256
	Mayo	6242	Mayo	2.577	Mayo	-	Mayo	1706	Mayo	1480	Mayo	1138
	Junio	7504	Junio	2.230	Junio	-	Junio	1185	Junio	1228	Junio	2870
	Julio	16527	Julio	2.599	Julio	103	Julio	1496	Julio	1342	Julio	998
	Agosto	5758	Agosto	2.541	Agosto	159	Agosto	1776	Agosto	1511	Agosto	1077
	Sep.	4683	Sep.	2.301	Sep.	-	Sep.	2110	Sep.	1327	Sep.	1018
	Oct	6829	Oct	2.729	Oct	-	Oct	1825	Oct	1690	Oct	762
	Nov	10700	Nov	2.133	Nov	-	Nov	1747	Nov	1110	Nov	356
	Dic	6770	Dic	2.288	Dic	-	Dic	2896	Dic	977	Dic	1050

Tabla 21 RAI, evaluación calidad del aire interno -Sede administrativa. Fuente: Elaboración propia.

TEMA:	EVALUACIÓN:
CALIDAD DEL AIRE INTERNO.	<p>*En la sede administrativa no se cuenta con extractores para los baños y al ser espacios cerrados se generan problemas de malos olores.</p> <p>* No se cuenta con sistema de control para temperatura.</p> <p>*Para los baños del primer piso y segundo piso se cuenta con secadores de manos eléctricos automáticos, estos detectan automáticamente la presencia de las manos y se activan, deteniéndose también de forma automática cuando no detectan la presencia de las manos.</p>

Tabla 22 RAI, Evaluación energía eléctrica- Sede administrativa. Fuente: Elaboración propia.

<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACIÓN:</u>					
ENERGIA ELECTRICA.	<p>*Actualmente no existe un programa de ahorro y uso eficiente de energía eléctrica. *En la política integral de la empresa se menciona la importancia de la preservación de los recursos no renovables como la energía eléctrica, sin embargo, no se realiza ninguna acción al respecto. *Actualmente se cuenta con un archivo en el cual se diligencia el costo de la factura de la luz mes a mes. *No se realizan capacitaciones de sensibilización ambiental referidas al consumo de energía eléctrica. *No se cuenta con fuentes de energías renovables. *La mayoría de bombillos instalados en la sede son LED. A continuación, se relaciona el consumo mensual (KW/H) en la sede, además del consumo per cápita día por trabajador.</p>					
	PERIODO	Consumo de energía eléctrica KW/H	Número de trabajadores y personal flotante que ingresa a la sede.		Días Reales Laborados en el mes	PROMEDIO GENERAL DE (KW/px/día)
	Enero	ND	ND	ND	ND	ND
	Febrero	ND	ND	ND	ND	ND
	Marzo	ND	ND	ND	ND	ND
	Abril	744.2	2	36	12	1.632
	Mayo	1429	2	36	26	1.446
	Junio	1205	3	36	23	1.343
	Julio	1474	3	36	25	1.512
	Agosto	1422	2	36	25	1.497
	Septiembre	1365	3	40	25	1.270
	Octubre	1533	3	42	26	1.310
	Noviembre	1392	4	34	24	1.526
Diciembre	NA	NA	NA	NA	NA	

Tabla 23 RAI, evaluación agua potable- Sede administrativa. Fuente: Elaboración propia.

<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACIÓN:</u>
<p>AGUA POTABLE.</p>	<p>*Actualmente no existe un programa de ahorro y uso eficiente de agua potable.</p> <p>*En la política integral de la empresa se menciona la importancia de la preservación de los recursos no renovables como el agua potable, sin embargo, no se realiza ninguna acción al respecto.</p> <p>*Actualmente se cuenta con un archivo en el cual se diligencia el costo de la factura del agua mes a mes.</p> <p>*No se realizan capacitaciones de sensibilización ambiental referidas al consumo de agua potable.</p> <p>*No se cuenta con la instalación de equipos o artefactos ahorradores de agua.</p> <p>*La sede administrativa cuenta con un tanque de reserva de 1000 litros, construido en materia de plástico, color negro, no se encuentra corroído, superficie lisa, posee tapa de cierre, resistente a la intemperie, no tiene partes metálicas que se oxiden, marca Eternit y está instalado en una base de concreto.</p> <p>*El lavado del tanque se realiza cada 6 meses como mínimo; el ultimo lavado fue realizado el 10 de agosto de 2019, ejecutado por la empresa Integral higienist, el cual utilizo NaClO al 13%, con una dosis de 1.33 cm por litro de agua, para dicha actividad se solicitó al proveedor el permiso de altas, ARL, hoja de seguridad de los productos a emplear, concepto higiénico sanitario, procedimiento y uso de los EPPS, dicha actividad tarda 45 minutos aproximadamente.</p> <div data-bbox="905 833 1297 1323" data-label="Image"> </div>

*La limpieza terminal de los baños se realiza como mínimo 1 vez a la semana los días sábados.

*Las canecas son lavadas cada 8 días.

*Se consume mensualmente 22 m³ de agua al mes.

A continuación, se relaciona el consumo mensual (L) en la sede, además del consumo per cápita día por trabajador:

PERIODO	Consumo de agua potable diario Litros (l)	Número de trabajadores y personal flotante que ingresa a la sede.		Días Reales Laborados en el mes	PROMEDIO GENERAL DE (l/px/día)
		Visitantes	Trabajadores		
Enero	ND	ND	ND	ND	ND
Febrero	ND	ND	ND	ND	ND
Marzo	ND	ND	ND	ND	ND
Abril	13556	2	36	12	29.73
Mayo	28691	2	36	26	29.04
Junio	21200	3	36	23	23.63
Julio	24957	3	36	25	25.60
Agosto	18347	2	36	25	19.31
Septiembre	20352	3	40	25	18.93
Octubre	23880	3	42	26	20.41
Noviembre	22270	4	34	24	24.42
Diciembre	NA	NA	NA	NA	NA

Tabla 24 RAI, Evaluación residuos no peligrosos- Sede administrativa. Fuente: Elaboración propia.

<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACIÓN:</u>
<p>RESIDUOS NO PELIGROSOS</p>	<p>*La sede administrativa cuenta con 1 punto ecológico en la entrada. * Posee un cuarto de almacenamiento para residuos peligrosos (Administrativos) y no peligrosos. *Los residuos ordinarios son recolectados por el gestor BOGOTA LIMPIA los días lunes, miércoles y viernes. *Los residuos reciclables como el cartón, papel, plástico y chatarra son recolectados por el gestor ECOPLANETA. *Se cuenta con un punto para la recolección de tapas plásticas. *La sede posee canecas de color verde, gris y azul sin embargo, los procesos de segregación no se realizan efectivamente.</p> <div data-bbox="411 846 726 1242" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="747 846 1045 1242" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="1066 846 1518 1242" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="1539 846 1902 1242" data-label="Image"> </div> <p>*Existe el plan integral de residuos peligrosos (PGIRESPEL) en el cual se describen los procesos de generación, segregación, almacenamiento y disposición final de residuos peligrosos y no peligrosos. **Se cuenta con esquemas para la ruta sanitaria, la cual es ejecutada todos los días de 3:30 pm a 4:00 pm, del mismo modo se anudan las bolsas, se pesan, rotulan y se registran en el formato RH1.</p>



	<p>*Se cuenta con el Kit de derrames y su respectivo instructivo. *Se realiza inducción al personal que ingresa a la empresa en referencia a la disposición de residuos sólidos en su mayoría. *Se cuenta con plan de contingencia.</p> <p>A continuación se relaciona el número de contenedores en la sede:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;"><u>NUMERO DE CONTENEDORES DE RESIDUOS NO PELIGROSOS:</u></th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">CANECAS VERDES</th> <th style="text-align: center;">CANECAS AZULES</th> <th style="text-align: center;">CANECAS GRISES:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">14 Unidades, de 8 a 80 L respectivamente.</td> <td style="text-align: center;">2 Unidades, de 12 y 25 L</td> <td style="text-align: center;">18 Unidades, de 8 a 14 L respectivamente.</td> </tr> </tbody> </table> <p>*No se realizan actividades de las 3R. *No se evalúan los costos de disposición. *En la política integral de la empresa se contempla la adecuada segregación de residuos sólidos. *Se exige el uso de EPPs para servicios generales.</p>			<u>NUMERO DE CONTENEDORES DE RESIDUOS NO PELIGROSOS:</u>			CANECAS VERDES	CANECAS AZULES	CANECAS GRISES:	14 Unidades, de 8 a 80 L respectivamente.	2 Unidades, de 12 y 25 L	18 Unidades, de 8 a 14 L respectivamente.
<u>NUMERO DE CONTENEDORES DE RESIDUOS NO PELIGROSOS:</u>												
CANECAS VERDES	CANECAS AZULES	CANECAS GRISES:										
14 Unidades, de 8 a 80 L respectivamente.	2 Unidades, de 12 y 25 L	18 Unidades, de 8 a 14 L respectivamente.										








Tabla 25 RAI, Evaluación residuos peligrosos- Sede administrativa. Fuente: Elaboración propia.

<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACION:</u>
RESIDUOS PELIGROSOS	<p>*Posee una unidad temporal de acopio para residuos peligrosos (Administrativos) y no peligrosos. *Únicamente se cuenta con una caneca roja para residuos Biosanitario, generados por el uso de EPPs empleados por servicios generales. *Se genera menos de 1 kg de residuos peligrosos administrativos al mes. *La disposición de los residuos peligrosos administrativo se encuentra documentado en el PGIRESPEL.</p>

1.15.3 Revisión ambiental inicial unidad extramural

Tabla 26 Revisión ambiental inicial- Unidad extramural. Fuente: Elaboración propia.

<u>REVISIÓN AMBIENTAL INICIAL DEL SITIO</u>					
Fecha: 30 de agosto de 2019					
Revisión realizada por/ cargo: Analista de calidad y gestión ambiental.					
Localización del lugar: Unidad extramural.					
<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACIÓN:</u>				
	<u>Nombre del quipo</u>	<u>Fuente de energía</u>	<u>Ubicación</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Fotografía</u>
EQUIPOS	Basculas brazo, piso, (digital análoga)	Pila AA	Consultorios médicos	3	
	Tensiómetro (pared-portátil)	manual	Consultorios médicos	3	

	Audiómetro	Eléctrico	Consultorio audiometría	3	
	Cabina de audiometría	Eléctrica	Consultorio audiometría	1	
	Espirómetro	Pilas	Consultorio de Espirómetro	1	
	Otoscopio	Pilas	Consultorios médicos	3	
	Fonendoscopio	manual	Consultorios médicos	3	
	Equipo de órganos	Pilas	Consultorios médicos	1	
	Tablero visual	Eléctrico	Consultorio de Visiometría	2	


	Computador de escritorio	Eléctrico	Consultorios médicos y recepciones	3	
<p>El mantenimiento de dichos equipos se realiza 2 veces al año, la última fecha de mantenimiento se efectuó en el mes de Julio de 2019 y el próximo mantenimiento se realizara en mes de Febrero de 2020, es importante mencionar que se cuenta con la hoja de vida de cada uno de los equipos, así como su calibración, además se cuenta con profesionales de la salud capacitados para el uso de los equipos médicos.</p>					

Tabla 27 RAI, evaluación consumo de papel unidad extramural. Fuente: Elaboración propia.

TEMA:	EVALUACIÓN:
CONSUMO DE PAPEL	<p>Respecto al consumo de papel en el servicio extramural, actualmente no se realizan charlas ni capacitaciones referentes al ahorro y uso eficiente del papel, además no existen programas en referencia este tema.</p> <p>*Los consultorios y recepciones cuentan con canecas de color gris (Capacidad de 8 a 14 Litros), para su adecuada segregación en la fuente, sin embargo, estos procesos no se llevan a cabalidad.</p> <p>*Se cuenta con 1 impresora, la cual es recargada cada 2 meses según su necesidad.</p> <p>* Se reutilizan las hojas, realizando impresión por doble cara.</p> <p>* El personal encargado del área de sistemas realizan un control del número de impresiones generadas al mes, sin embargo, no se toman acciones para reducir la cantidad de impresiones por área, ni se socializan.</p> <p>*La empresa cuenta con un gestor externo certificado (ECOPLANETA), el cual realiza la recolección de los residuos reciclables el último jueves de cada mes.</p> <p>*Se relaciona un total de 6.265 impresiones generadas por el servicio extramural durante el año 2019.</p>

Tabla 28 RAI, Evaluación iluminación unidad extramural. Fuente: Elaboración propia.


<u>TEMA</u>	<u>EVALUACION</u>			
ILUMINACIÓN	<u>Área</u>	<u>Fuente de energía</u>	<u>Cantidad bombillos</u>	<u>Observación</u>
	 <p data-bbox="485 932 674 964">Vehículo Móvil</p>	<p data-bbox="747 683 1060 911">Posee un motor de combustión interna el cual obtiene energía mecánica desde la energía química que se genera cuando explota el combustible en el interior.</p>	<p data-bbox="1188 781 1220 813">25</p>	<p data-bbox="1373 699 1871 927"> PLACA: WDC 006 Chía. -Licencia de transito: 10008622873 -Modelo: 2014 -Color: Blanco Vinilo -Número de motor: D44DD544330 -Número de Chasis: kmfga17ppec233052 -Capacidad TON/PSJS: 5 PSJ. </p>
<p data-bbox="434 1024 1892 1219"> *La inspección a los vehículos de UNIMSALUD S.A.S son realizadas cada 3 meses por el área de HSEQ, la última inspección fue realiza el 16 de octubre de 2019, de la cual se encontraron las siguientes no conformidades: Se evidencia que uno de los bombillos laterales traseras lado derecho se encuentra desprendido. Los cocuyos no prenden. *Actualmente la empresa se encuentra en el diseño del plan estratégico de seguridad vial. *El vehículo cuenta con una planta eléctrico para el funcionamiento del mismo. </p>				

Tabla 29 RAI, Evaluación agua potable unidad extramural. Fuente: Elaboración propia.

<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACIÓN:</u>
AGUA POTABLE.	*El mantenimiento del vehículo es realizado cada 8 días por el personal de servicios generales en el parqueadero de la organización. * La desinfección de los consultorios se realiza con jabón en polvo e hipoclorito de sodio.

Tabla 30 RAI, Evaluación calidad del aire interno unidad extramural. Fuente: Elaboración propia.

<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACIÓN:</u>
CALIDAD DEL AIRE INTERNO.	*El vehículo cuenta con sistema de ventilación y calefacción, es utilizado de acuerdo a las condiciones climáticas que se presenten en el lugar en donde se realiza la brigada. *Se realiza mantenimiento a este sistema cada 6 meses.

Tabla 31 RAI, Evaluación residuos no peligrosos unidad extramural. Fuente: Elaboración propia

<u>TEMA:</u>	<u>EVALUACIÓN:</u>
---------------------	---------------------------

**RESIDUOS
PELIGROSOS
Y NO
PELIGROSOS**

- *Los residuos generados de las brigadas son almacenadas temporalmente en unas canecas, mientras se llevan a la sede asistencial.
- *Los residuos ordinarios son recolectados por el gestor BOGOTA LIMPIA los días lunes, miércoles y viernes.
- *Los residuos reciclables como el cartón, papel, plástico y chatarra son recolectados por el gestor ECOPLANETA.
- *Se cuenta con canecas de color verde, gris, azul y roja sin embargo los procesos de segregación no se realizan efectivamente.
- *Existe el plan integral de residuos peligrosos (PGIRESPEL) en el cual se describen los procesos de generación, segregación, almacenamiento y disposición final de residuos peligrosos y no peligrosos.
- *Se cuenta con el Kit de derrames y su respectivo instructivo.
- *Se cuenta con plan de contingencia.



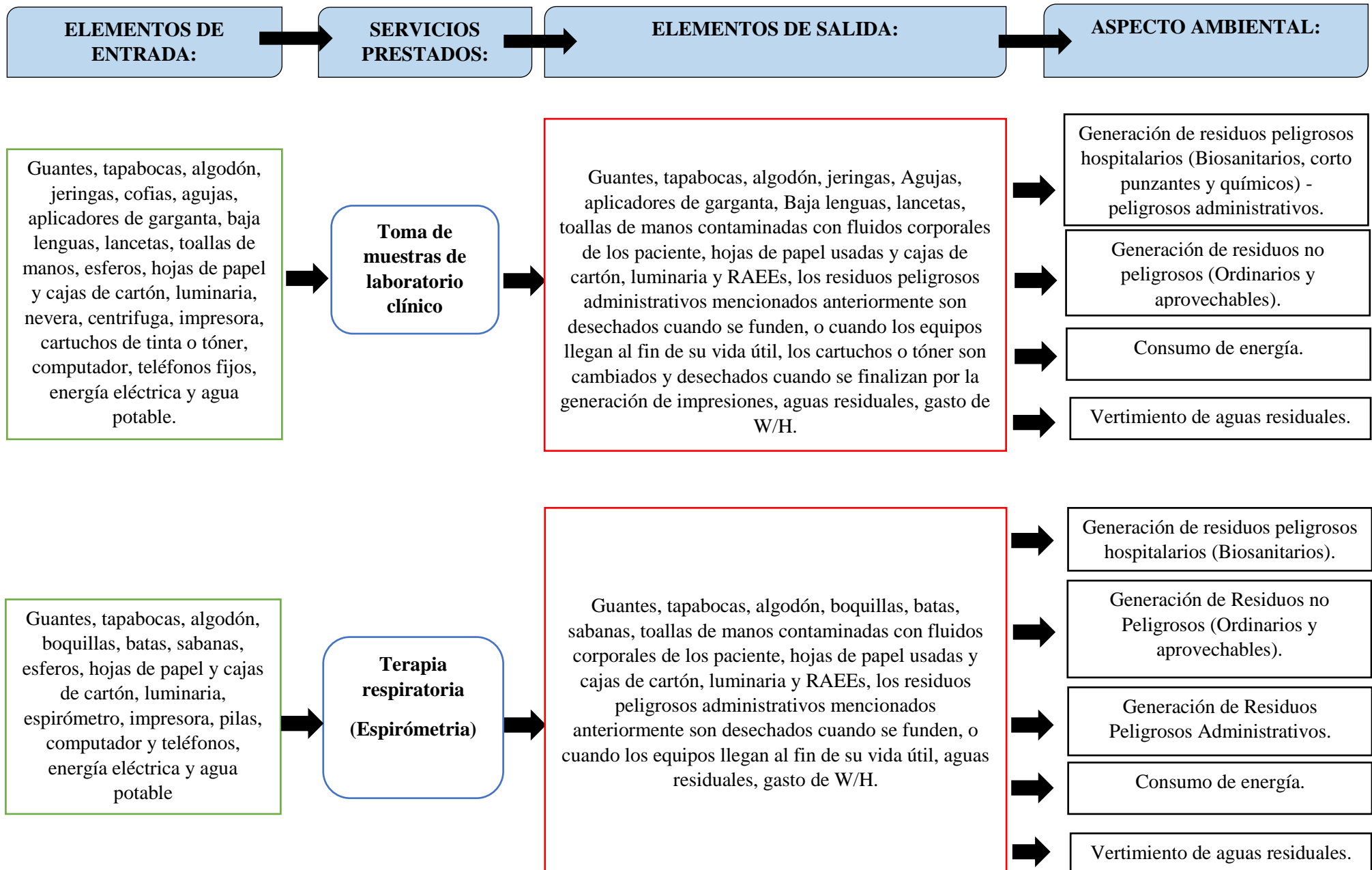
A continuación se relaciona el número de contenedores de Unidad extramural:

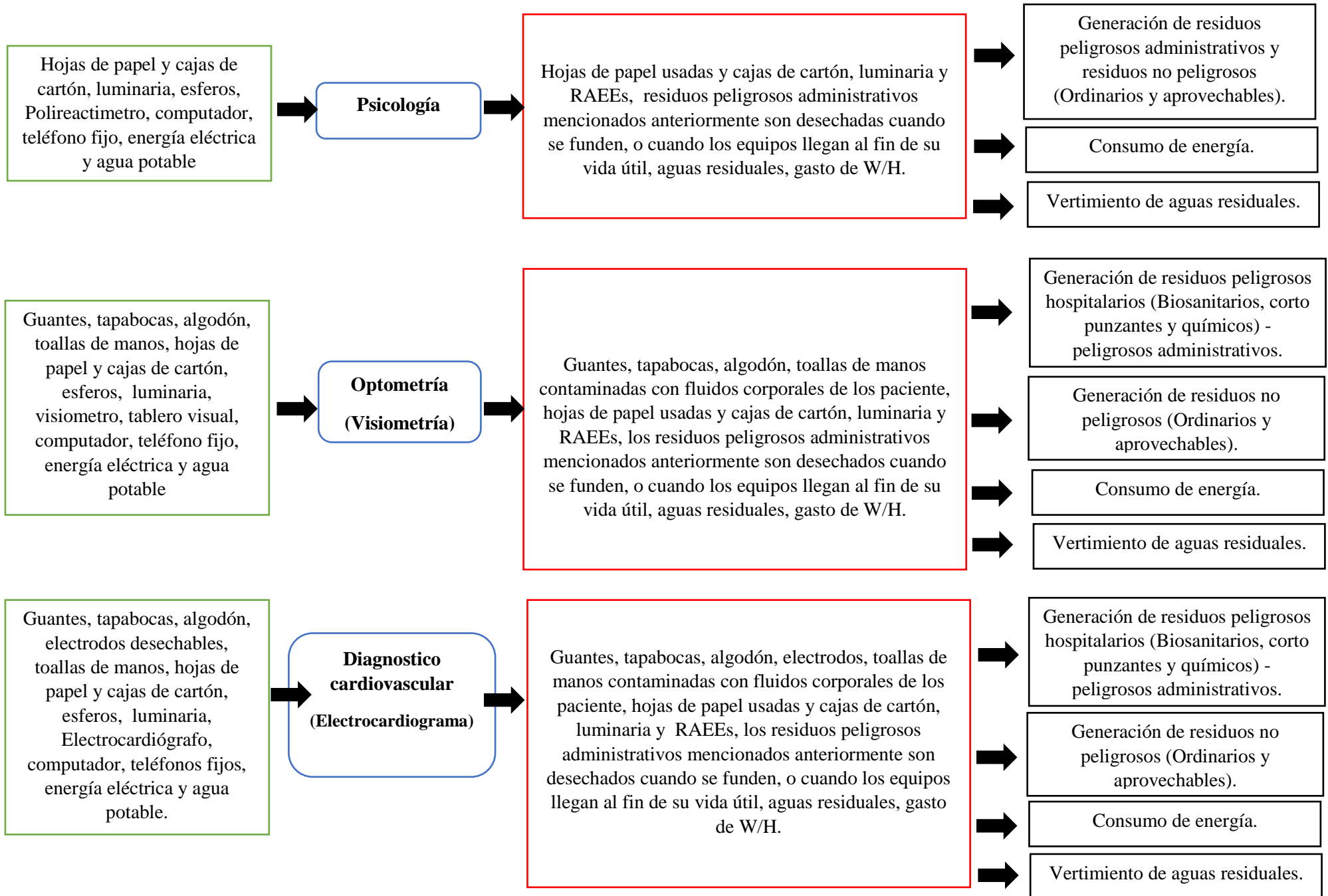
<u>NUMERO DE CONTENEDORES DE RESIDUOS NO PELIGROSOS:</u>		
CANECAS VERDES	CANECAS GRISES-AZULES	CANECAS ROJAS
4 Unidades, de 8 L respectivamente.	6 Unidades, de 6 a 8 L respectivamente.	8 Unidades, de 6 a 8 L respectivamente.

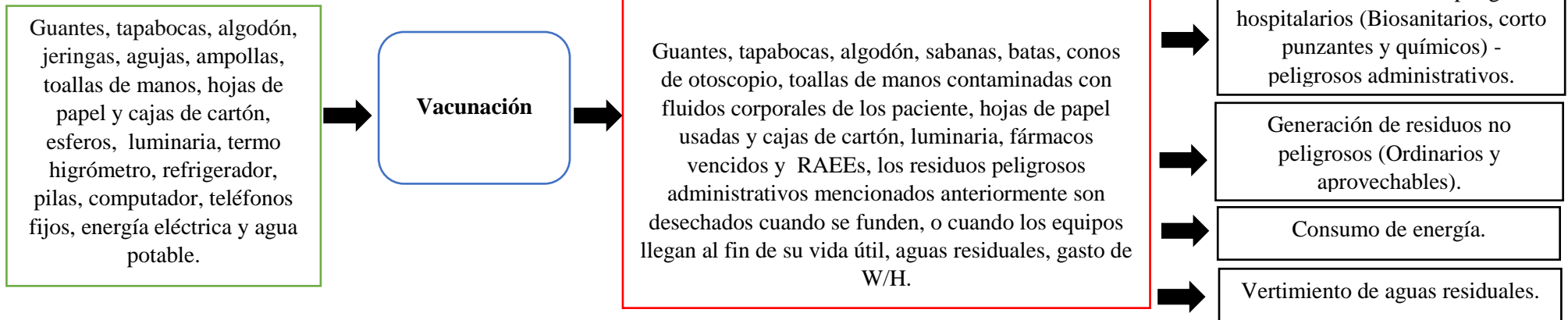
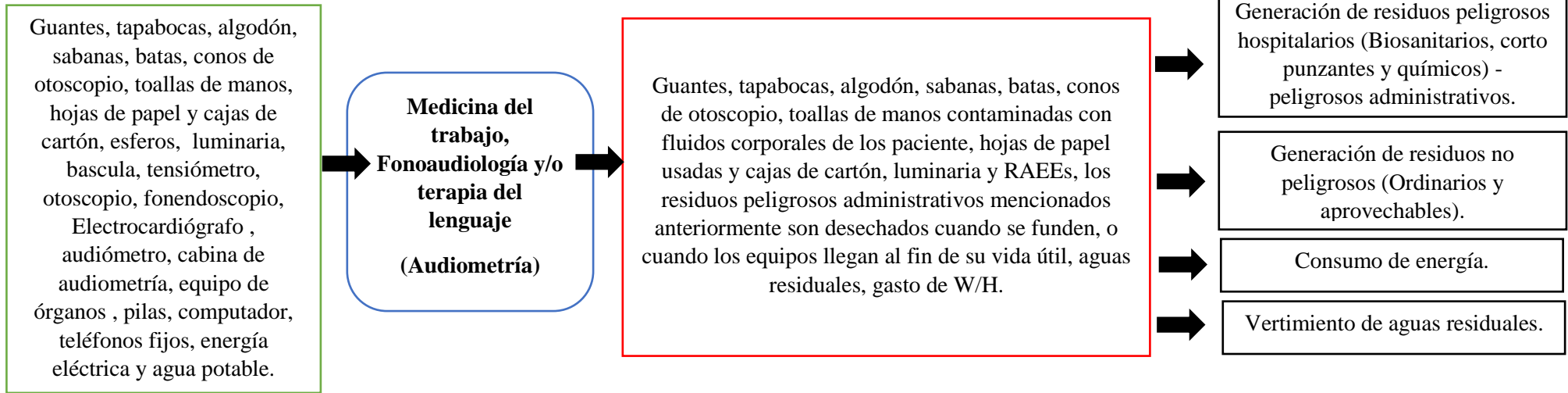
1.16 Diagrama de entradas y salidas por actividad

Como paso siguiente a la revisión ambiental inicial, se procedió a elaborar un diagrama de entradas y salidas por actividad, en el cual se discrimina cada uno de los servicios prestados por la IPS Unimsalud S.A.S. Dicho diagrama se caracterizó por identificar los elementos de entrada (insumos), el servicios prestado por la sede asistencial, administrativa y la unidad extramural, los elementos de salida y los aspectos ambientales generados (figuras 32, 33 y 34).

1.16.1 Proceso asistencial.







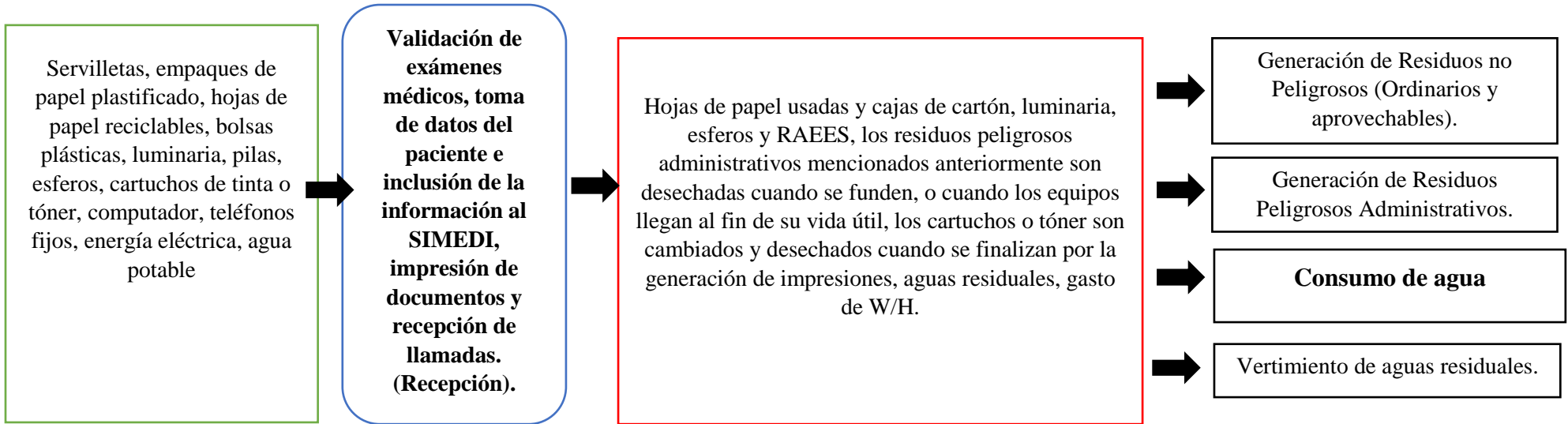
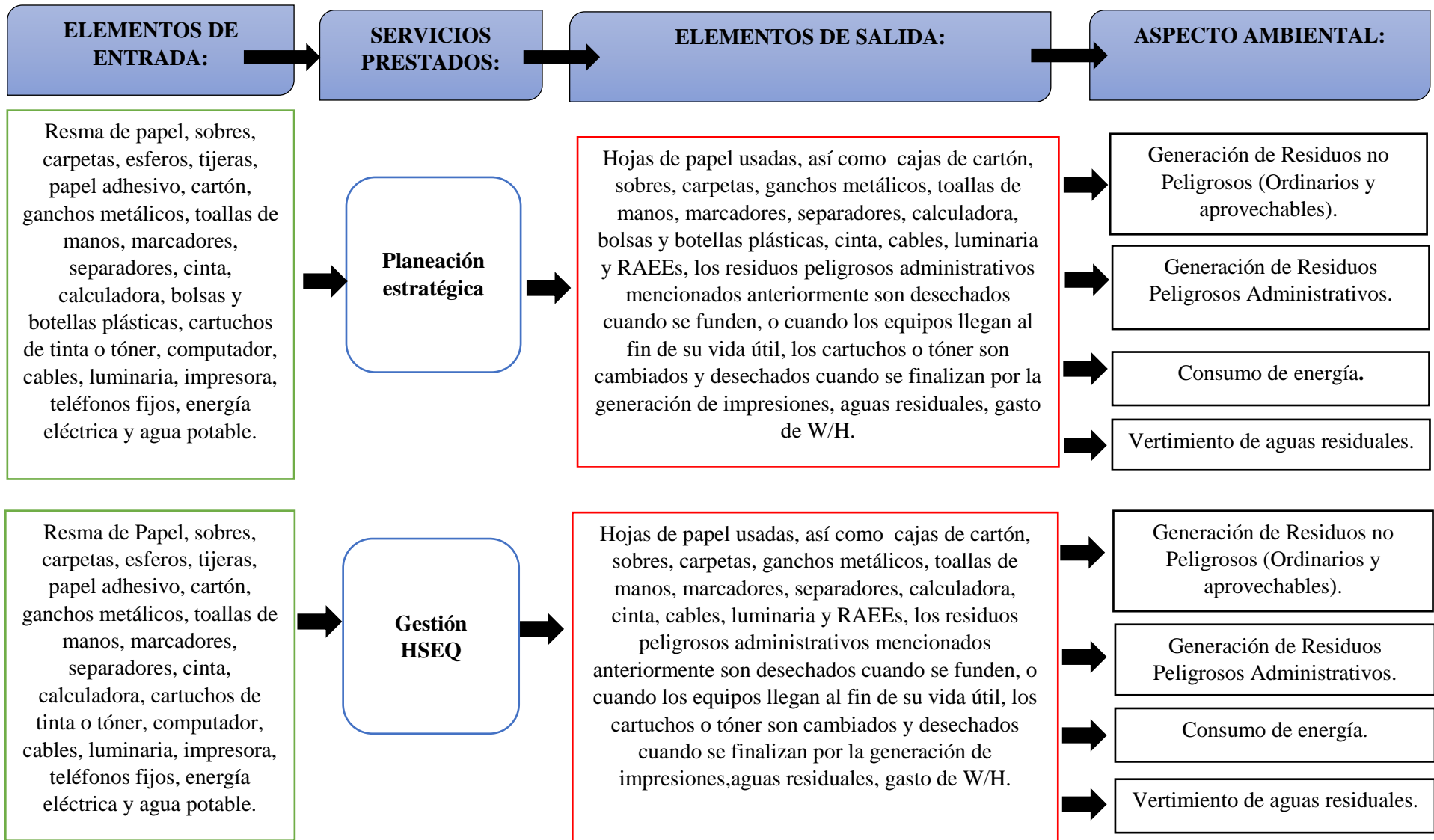
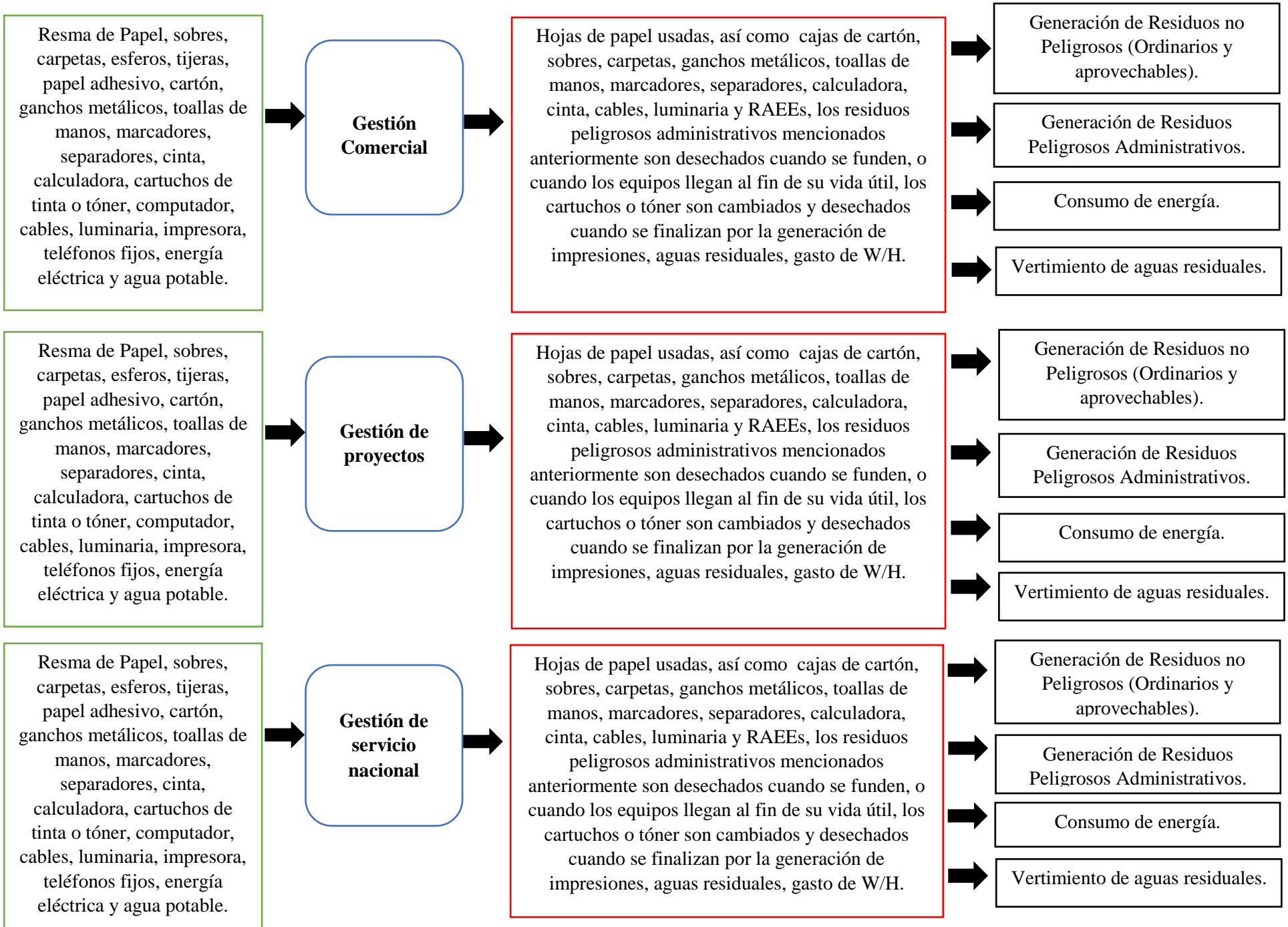
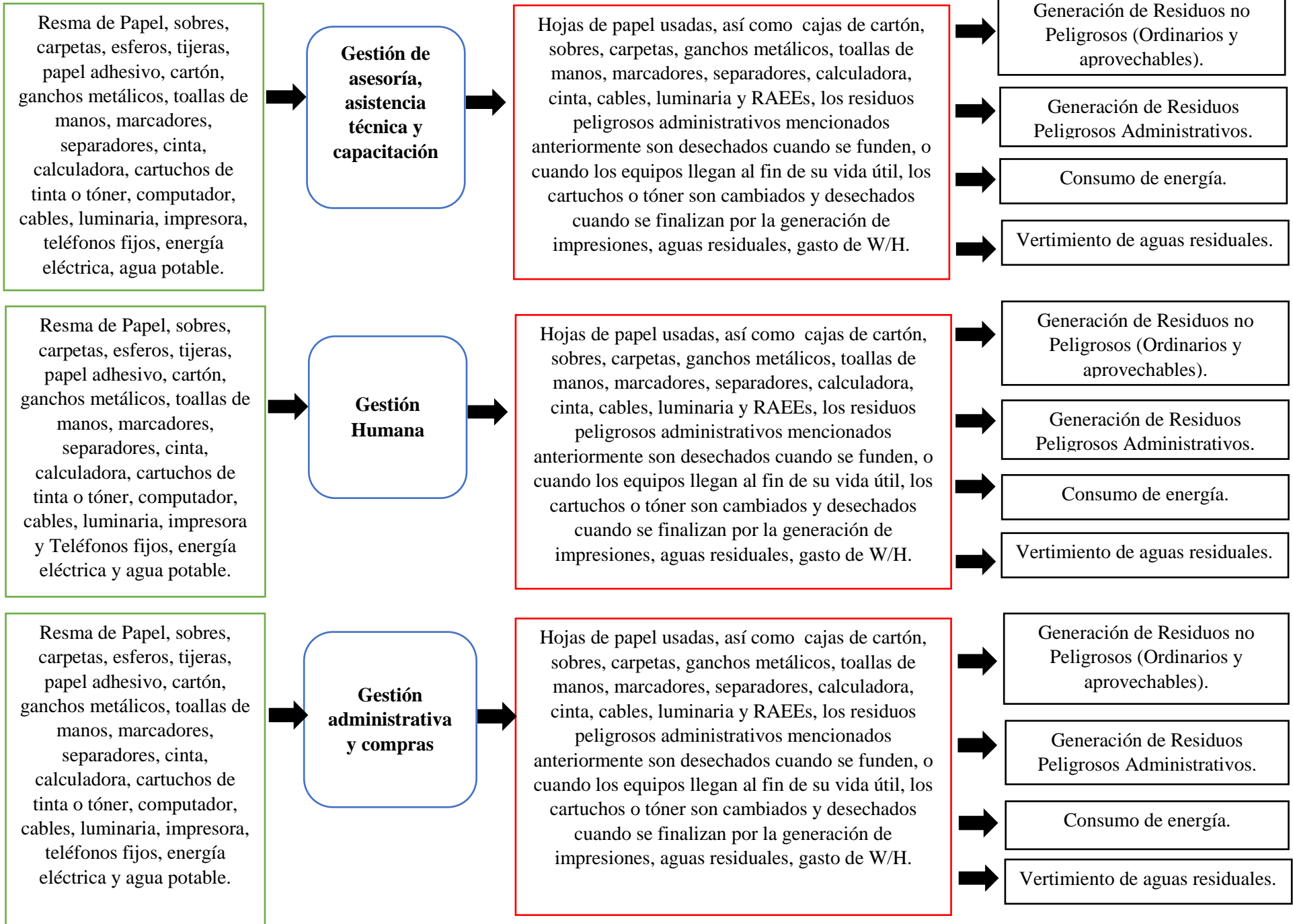


Figura 32 Diagrama de entradas y salidas, sede asistencial. Fuente: Elaboración propia.

1.16.2 Proceso administrativo.







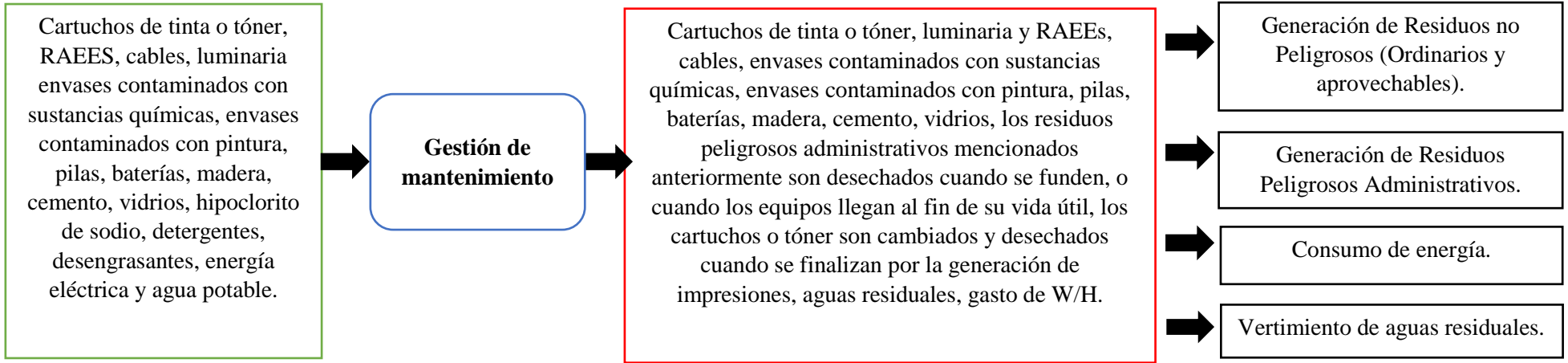
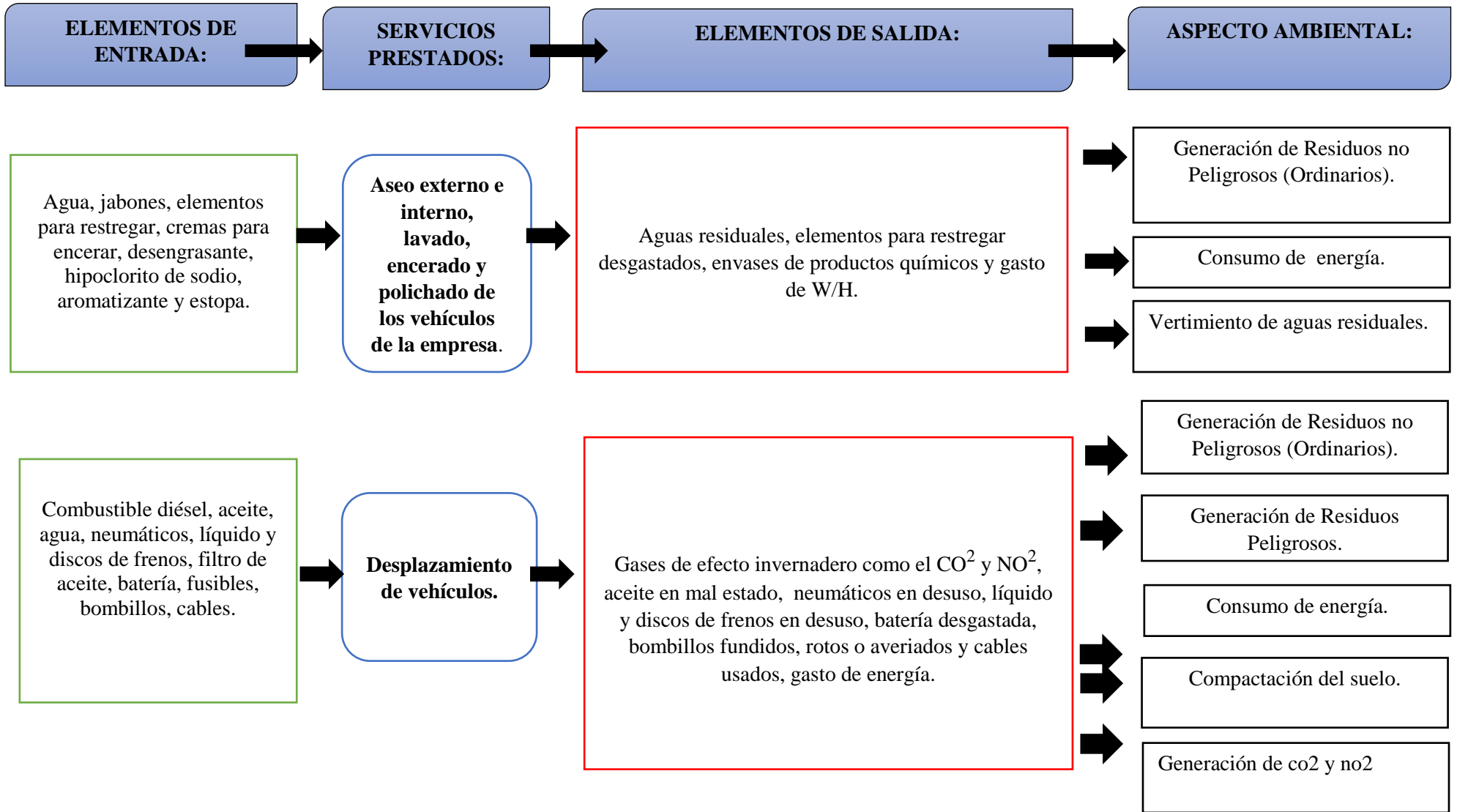


Figura 33 Diagrama de entradas y salidas, sede administrativa. Fuente: Elaboración propia.

1.16.3 Proceso de unidad extramural.

En el proceso extramural se prestan servicios de toma de muestras de laboratorio clínico, terapia respiratoria (espirometría), medicina del trabajo, fonoaudiología y/o terapia del lenguaje (audiometría), generando los mismos elementos de entrada y salida como se evidencio en la unidad fija, sin embargo, por el uso de vehículos móvil se generan otras actividades mencionadas a continuación.



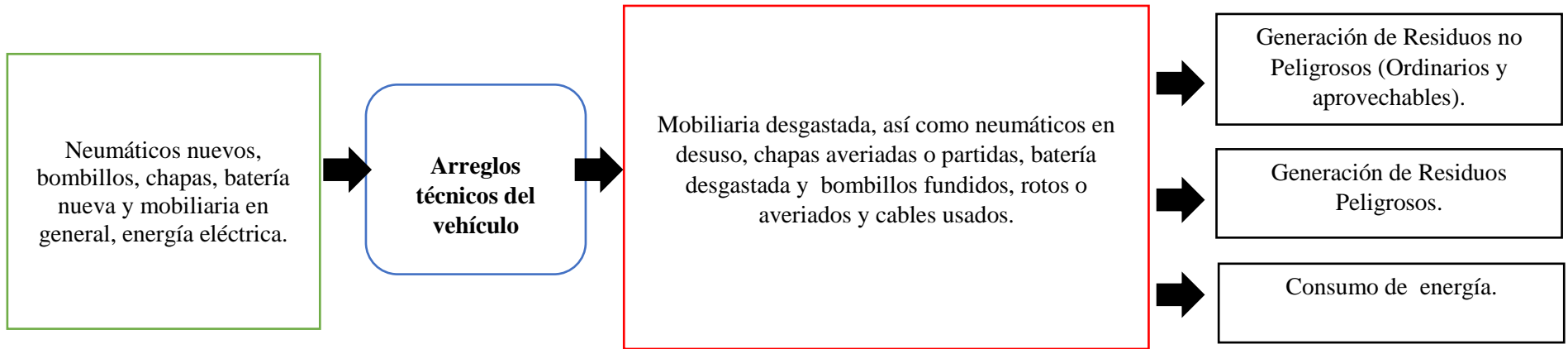


Figura 34 Diagrama de entradas y salidas, unidad extramural. Fuente: Elaboración propia.

1.17 Aspectos ambientales

Con el fin de determinar cuáles son los aspectos e impactos ambientales significativos de la organización, producto de las actividades y servicios que prestan, se pretende establecer cuáles de ellos producen grandes afectaciones al medio ambiente, de esta manera permite buscar alternativas para la minimización o eliminación de los mismo.

A lo cual se procedió a desarrollar la metodología propuesta por Leopold, esta es empleada para realizar evaluaciones cualitativas de impactos ambientales.

Para realizar el diligenciamiento de la matriz, se debe identificar en el eje 1 (Columnas), las acciones o actividades de la empresa y en el eje 2 (Filas), los factores o componentes ambientales, por tal motivo se consideraron 3 componentes del medio susceptibles a alterarse por las actividades prestadas en la IPS:

- ✓ Características abióticas (físicas y químicas).
- ✓ Condiciones bióticas o biológicas.
- ✓ Factores socio - culturales

Cada casilla de cruce en la matriz, tuvo que ser evaluada teniendo en cuenta la magnitud (Rango -10 a +10) y la importancia (Rango de +1 a +10), como se muestra en la figura 33.

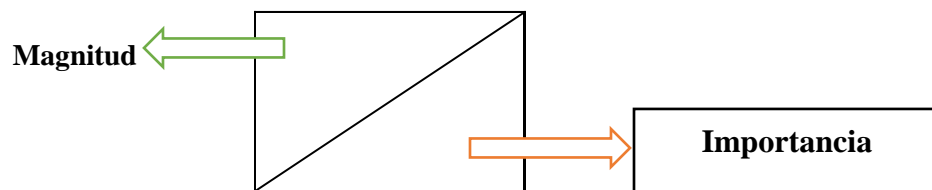


Figura 33 Matriz de Leopold. Fuente: Elaboración propia.

Finalmente se tuvieron en cuenta las tablas 10 y 11 para la evaluación:

Tabla 32 Valoración para los impactos negativos. Fuente: Metodología de Leopold.

IMPACTO NEGATIVO:					
<u>MAGNITUD.</u>			<u>IMPORTANCIA.</u>		
Intensidad	Afectación	Calificación	Duración	Influencia	Calificación
Bajo	Baja	-1	Temporal	Puntual	+1
Bajo	Media	-2	Medio	Puntual	+2
Bajo	Alta	-3	Permanente	Puntual	+3
Medio	Baja	-4	Temporal	Local	+4
Medio	Media	-5	Medio	Local	+5
Media	Alta	-6	Permanente	Local	+6
Alta	Baja	-7	Temporal	Regional	+7
Alta	Media	-8	Medio	Regional	+8
Alta	Alta	-9	Permanente	Regional	+9
Muy alta	Alta	-10	Permanente	Nacional	+10

Tabla 33 . Valoración para los impactos positivos .Fuente: Metodología de Leopold.

IMPACTO POSITIVOS:					
<u>MAGNITUD.</u>			<u>IMPORTANCIA.</u>		
Intensidad	Afectación	Calificación	Duración	Influencia	Calificación
Bajo	Baja	+1	Temporal	Puntual	+1
Bajo	Media	+2	Medio	Puntual	+2
Bajo	Alta	+3	Permanente	Puntual	+3
Medio	Baja	+4	Temporal	Local	+4
Medio	Media	+5	Medio	Local	+5
Media	Alta	+6	Permanente	Local	+6

Alta	Baja	+7	Temporal	Regional	+7
Alta	Media	+8	Medio	Regional	+8
Alta	Alta	+9	Permanente	Regional	+9
Muy alta	Alta	+10	Permanente	Nacional	+10

Dicha información se encuentra en el documento *ODHSEQ-031 Priorización de aspectos e impactos ambientales (ANEXO 3)*.

De acuerdo a la evaluación realizada, empleando la matriz de Leopold descrita anteriormente, se obtuvo los siguientes resultados:

Las actividades que resultaron con un impacto ambiental negativo significativo fueron:

- a) Generación de residuos peligrosos hospitalarios.
- b) Generación de vertimiento de aguas residuales
- c) Uso del vehículo móvil.

Es importante aclarar que la generación de residuos hospitalarios, es producida en la sede asistencial en la atención de consultorios, toma de muestras y vacunación, destacándose un mayor riesgo en las 2 últimas por el manejo de elementos corto punzantes. Además en la unidad extramural durante las brigadas de salud.

En cuanto al uso del agua potable, se observa un inadecuado uso del recurso debido a los siguientes factores:

- Empleo del recurso hídrico por parte del personal de servicios generales para la limpieza de las sedes y vehículos de la empresa.
- En el protocolo de lavado de manos en pacientes, personal médico y administrativo.
- Escaso control de los m³ consumidos a diario por el personal.
- Ausencia en la planeación de un programa de capacitaciones que contemple dicho temas.

- Carencia en la instalación de tecnologías limpias que permitan el ahorro y uso eficiente del recurso.

Por lo anterior, se genera vertimiento de aguas residuales, liberadas directamente a la red de alcantarillado.

En cuanto al uso de los vehículos de la empresa, empleados para la prestación de servicios de salud en brigadas, generan un impacto negativo ambiente, puesto que emiten CO^2 y NO^2 a la atmosfera.

De acuerdo a lo anterior los factores ambientales que se ven mayormente afectadas son:

- a) Generación de residuos peligrosos hospitalarios:
 - Proliferación de insectos o roedores.
 - Generación de malos olores y gases tóxicos.
 - Desarrollo de hongos, bacterias y microorganismos en el suelo
 - Percolación de lixiviados en el suelo y fuentes hídricas subterráneas o superficiales.
 - Perdida de especies.
 - Generación de enfermedades patógenas.
- b) Generación de vertimiento de aguas residuales.
 - Contaminación del recurso hídrico.
- c) Uso del vehículo móvil.
 - Emisión de CO^2 , NO^2

Sin embargo, las actividades que realiza la empresa, también generan impactos positivos destacándose los siguientes:

- Generación de empleo.
- Aumento de la economía regional por convenios a nivel nacional con IPS.
- Mejora en la Calidad de vida.

1.18 Programas ambientales

Acorde al planteamiento de la política ambiental, la modificación de la misión y la visión de la empresa evaluadas y aprobadas por la alta dirección, los resultados obtenidos en la revisión ambiental inicial (RAI), la identificación de aspectos e impactos ambientales, los requisitos legales aplicables en materia ambiental, se pretende optimizar y mantener el control de la empresa, a través de los objetivos, metas y programas ambientales, enfocados a la preservación de los recursos naturales y mitigación de los impactos generados al medio ambiente.

Principalmente los programas ambientales, se elaboraron con el fin de lograr los objetivos ambientales propuestos. Estos programas integran los recursos, instrumentos y actividades que ponen en funcionamiento la implementación de lo definido en la política ambiental, agrupando los objetivos y metas ambientales de acuerdo a las directrices que se formulan.

Para ellos se realizó la elaboración de 6 programas ambientales, los cuales abarcan los aspectos e impactos ambientales generados por la actividad que presta la IPS, a continuación, se describe cada uno de los programas en esquemas generales, sin embargo, estos son detallados en el documento *ODHSEQ-035 Cronograma de actividades del SGA* (ANEXO 4). Los programas diseñados fueron los siguientes:

- Programa de orden y aseo (figura 34).
- Programa de gestión integral de residuos sólidos (figura 35).
- Programa de ahorro y uso eficiente del agua potable y la energía eléctrica (figura 36).
- Programa de control locativo (figura 37).
- Programa de control de emisiones atmosféricas (figura 38).
- Programa de control de vertimientos de aguas residuales (figura 39).



PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO

OBJETIVO GENERAL: Establecer e implementar el Programa de orden y aseo en las instalaciones de UNIMSALUD S.A.S, con el fin de mejorar y mantener las condiciones de orden y limpieza de la organizacion.

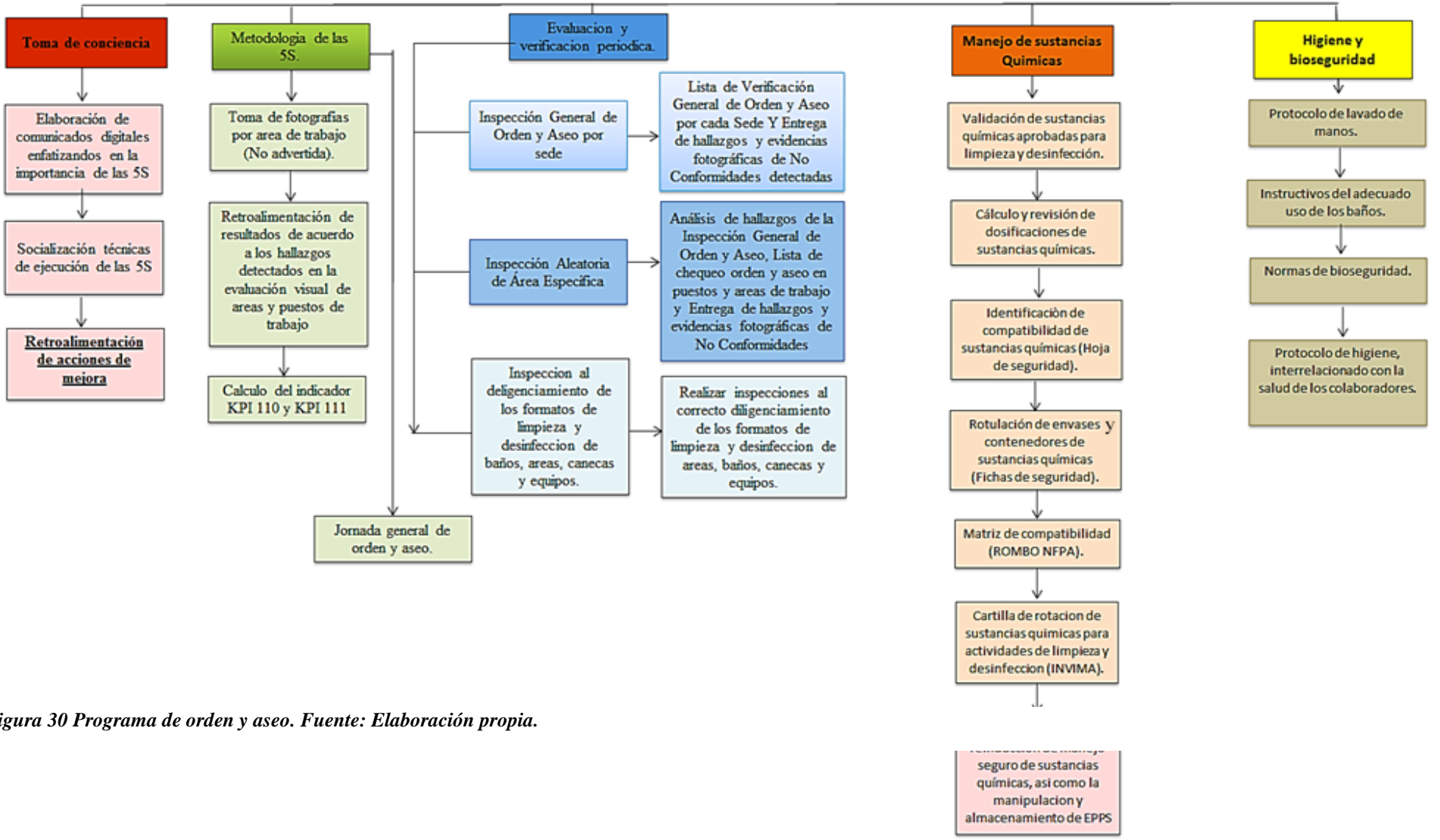


Figura 30 Programa de orden y aseo. Fuente: Elaboración propia.

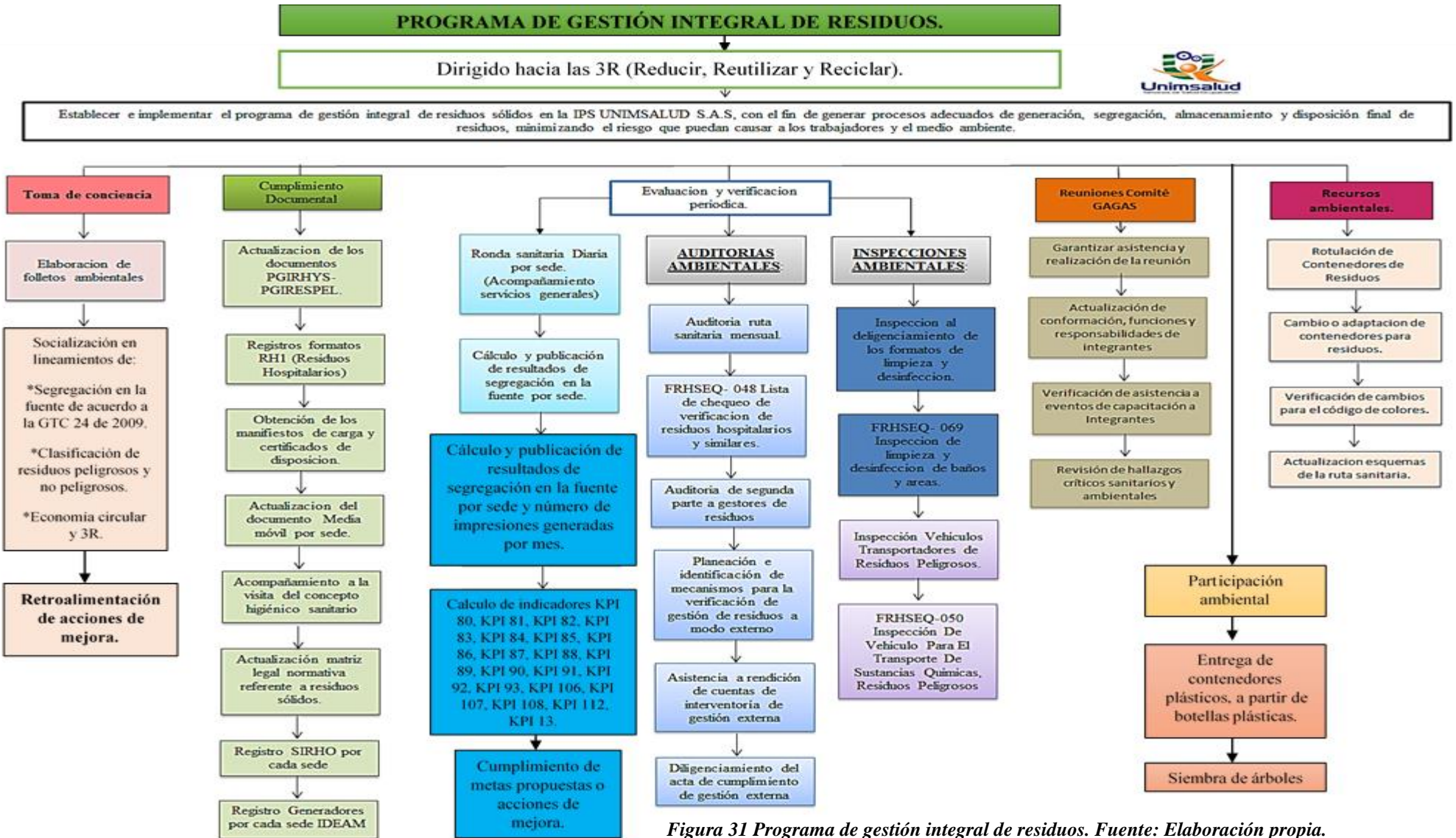


Figura 31 Programa de gestión integral de residuos. Fuente: Elaboración propia.



PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE AGUA POTABLE Y ENERGIA ELECTRICA.

OBJETIVO GENERAL: Fomentar en los colaboradores el ahorro y uso eficiente de recursos no renovables como la energía eléctrica y el agua potable, promoviendo el consumo y uso responsable durante el desarrollo de las actividades.

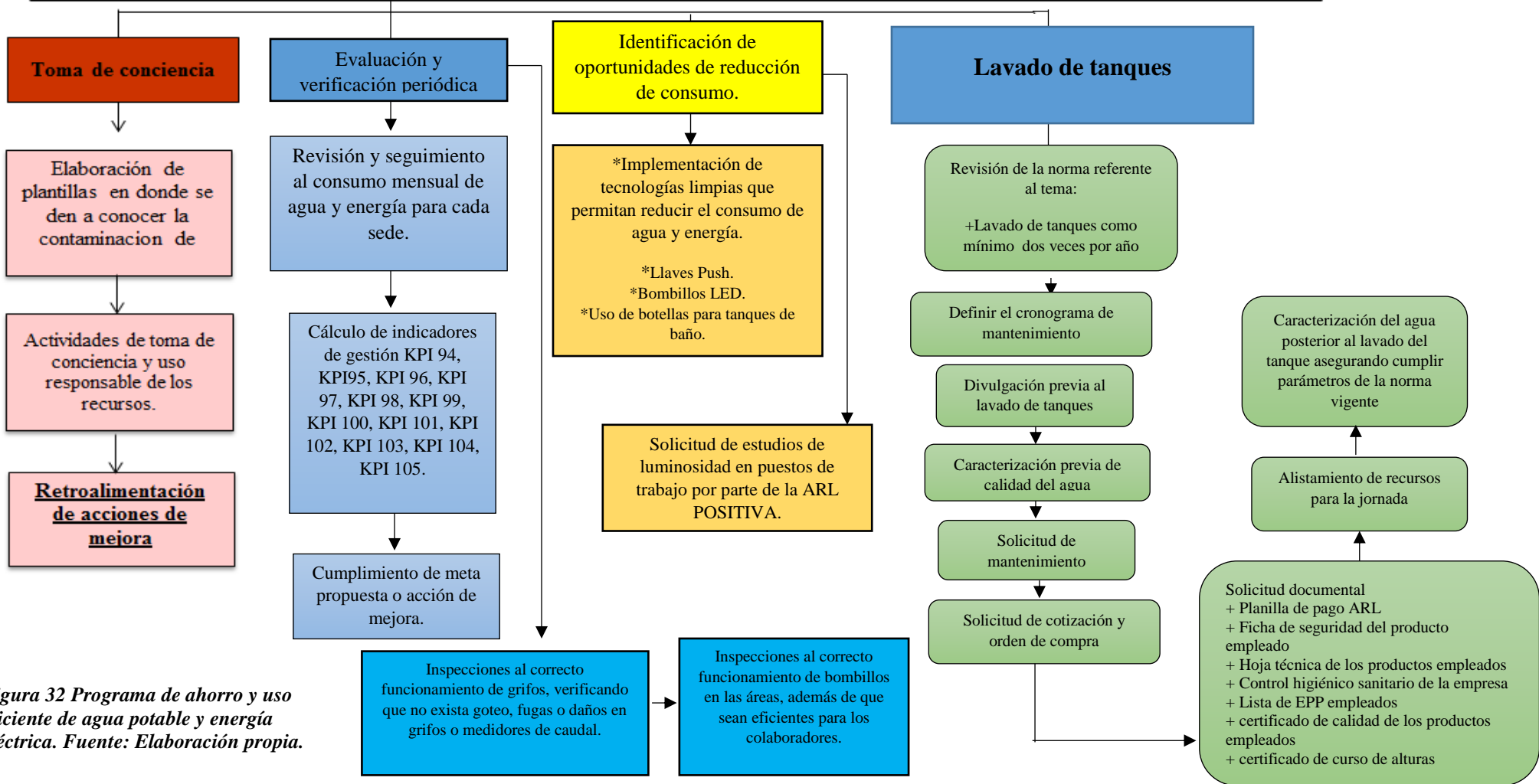


Figura 32 Programa de ahorro y uso eficiente de agua potable y energía eléctrica. Fuente: Elaboración propia.



PROGRAMA LOCATIVO DE CONTROL LOCATIVO

OBJETIVO GENERAL: Implementar el programa de control locativo ambiental, el cual permita evitar circunstancias no deseadas que puedan ocasionar accidentes, problemas de salud o pérdidas para la empresa, dando cumplimiento a las obligaciones exigidas por la normativa ambiental vigente.

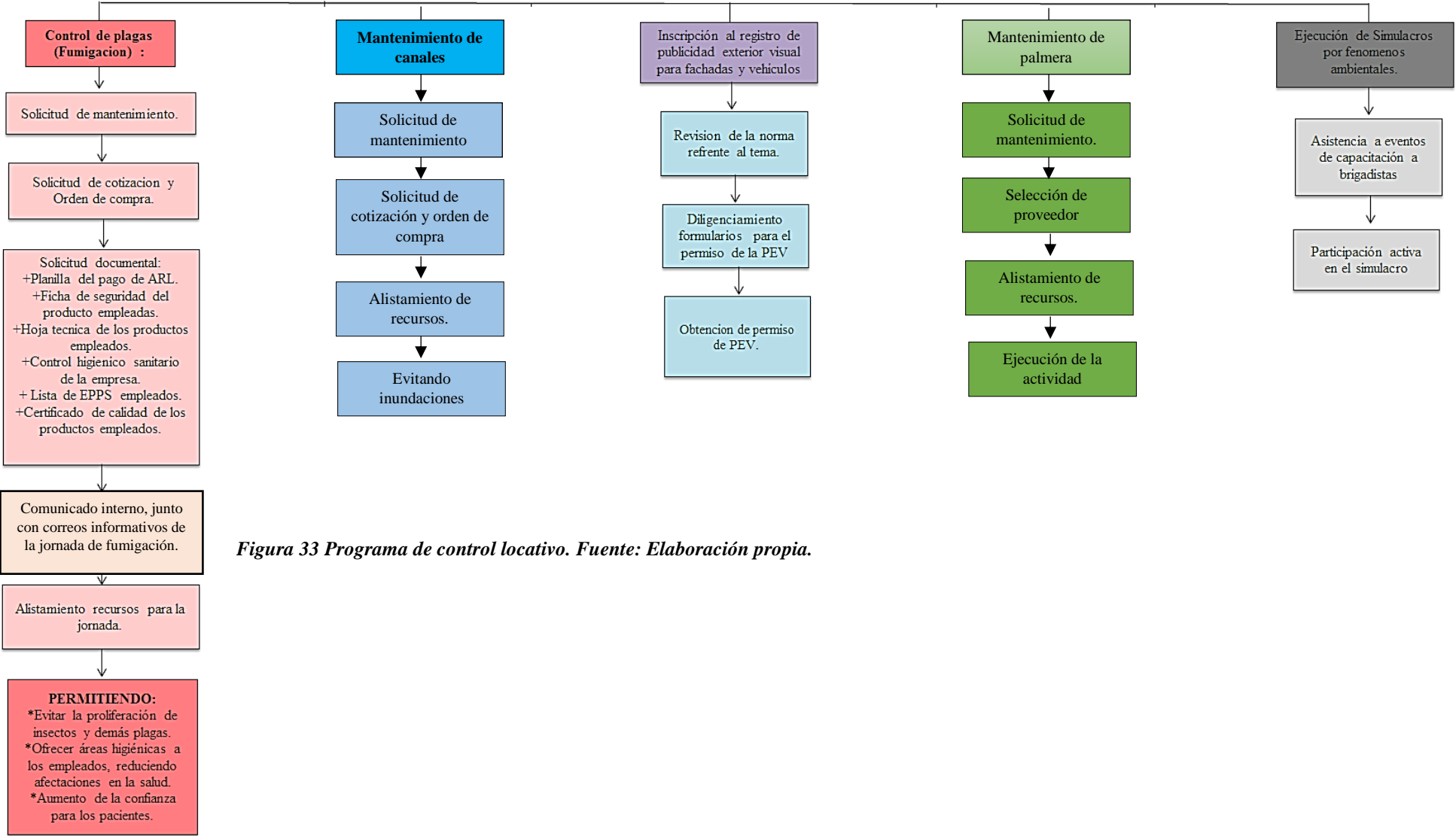


Figura 33 Programa de control locativo. Fuente: Elaboración propia.

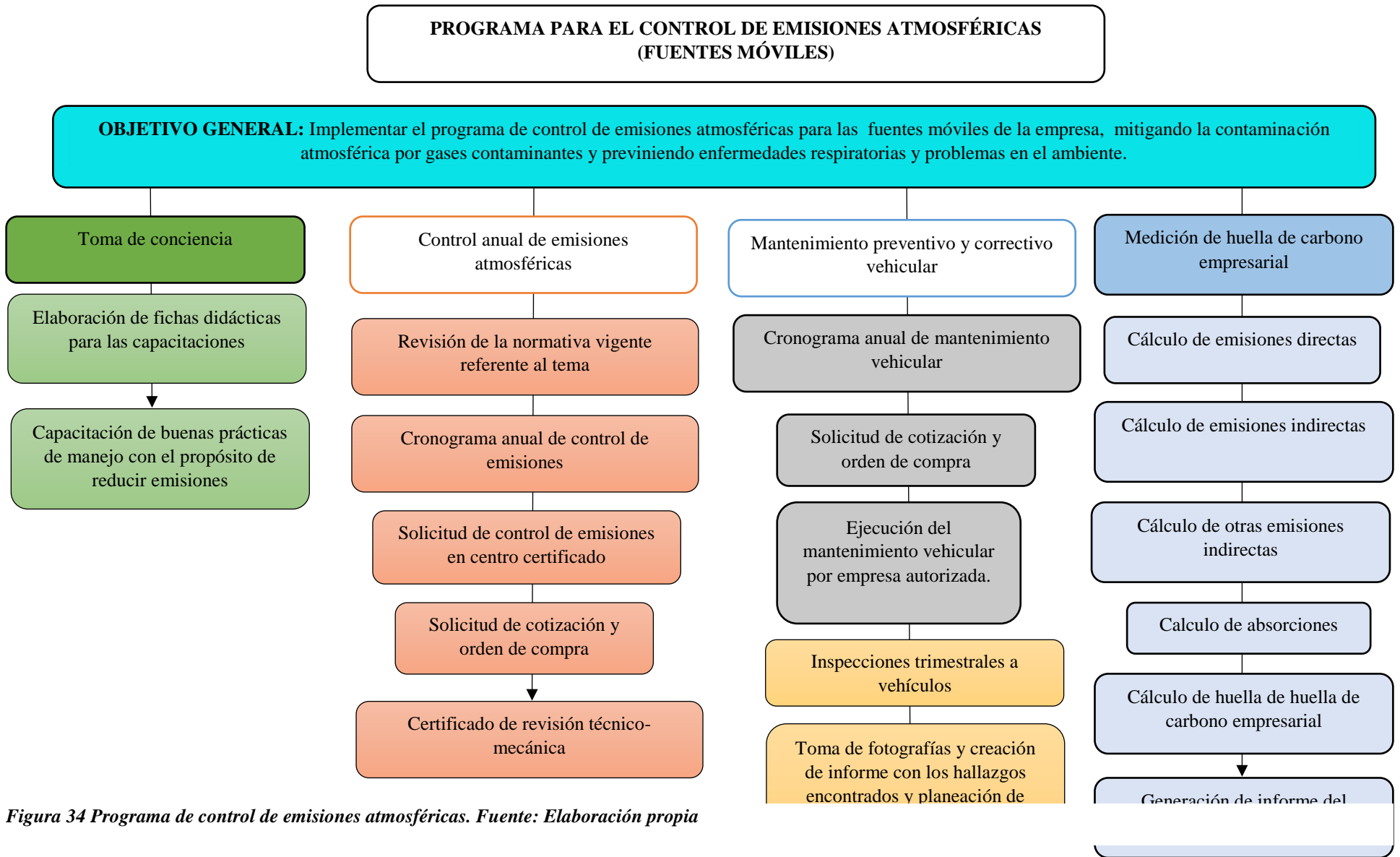


Figura 34 Programa de control de emisiones atmosféricas. Fuente: Elaboración propia

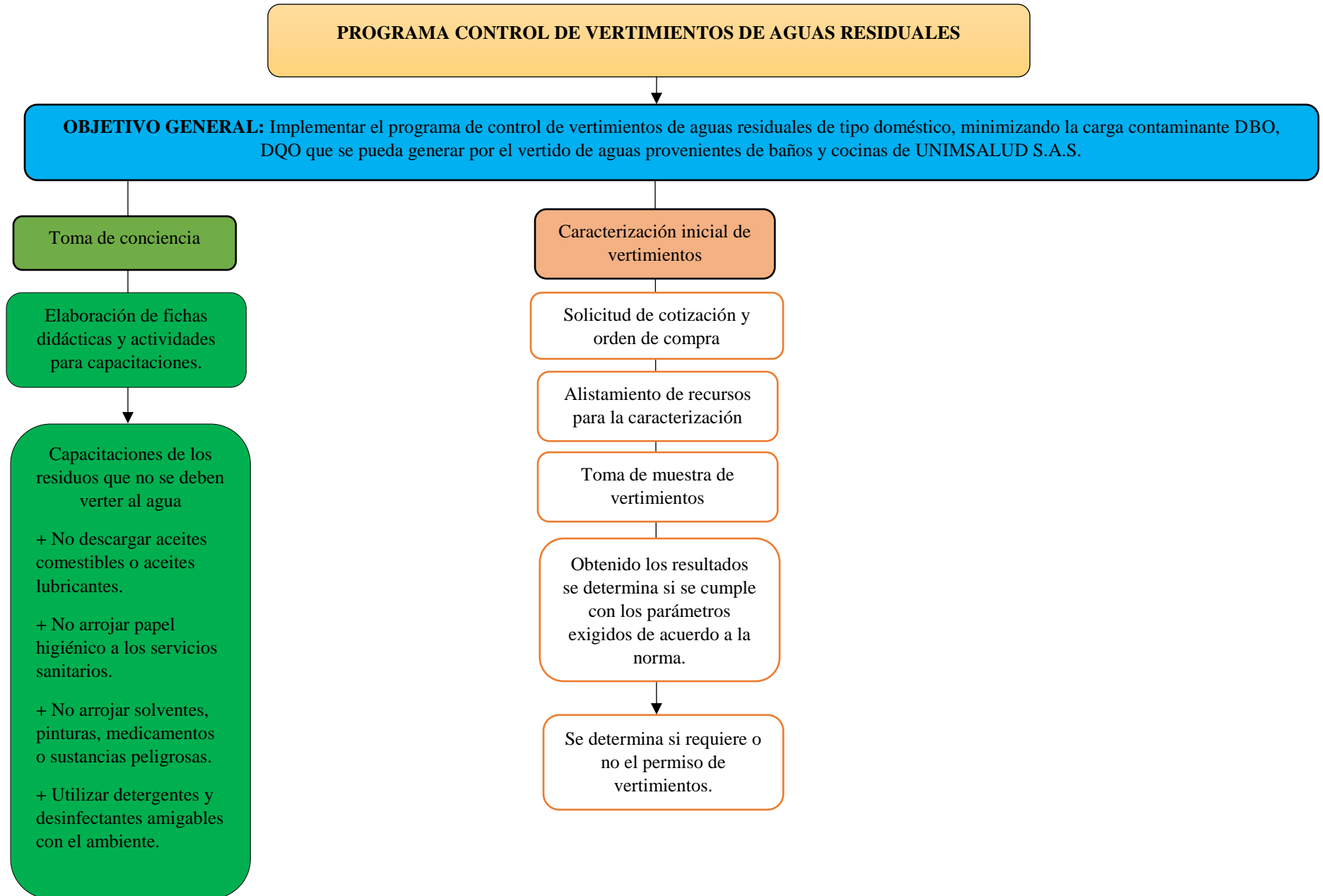


Figura 35 Programa de control de emisiones atmosféricas. Fuente: Elaboración propia.

Dado los resultados obtenidos en el diagrama de entradas y salidas para cada proceso, se procedió a diseñar un formato tipo Kardes el cual garantiza las entradas y salidas de los elementos, puesto que dicha trazabilidad no se realizaba en la empresa, los formatos diseñados fueron: ***FRCO-020 Requisición de EPPS e insumos generales (ANEXO 5), FRCO-003 Movimiento de medicamentos, dispositivos e insumos (ANEXO 6), FRCO-019 Control de inventario en almacén (ANEXO 7) y FRCO-006 Entrega de pedido.***

Para comprender el procedimiento se esboza el siguiente esquema (figura 40).

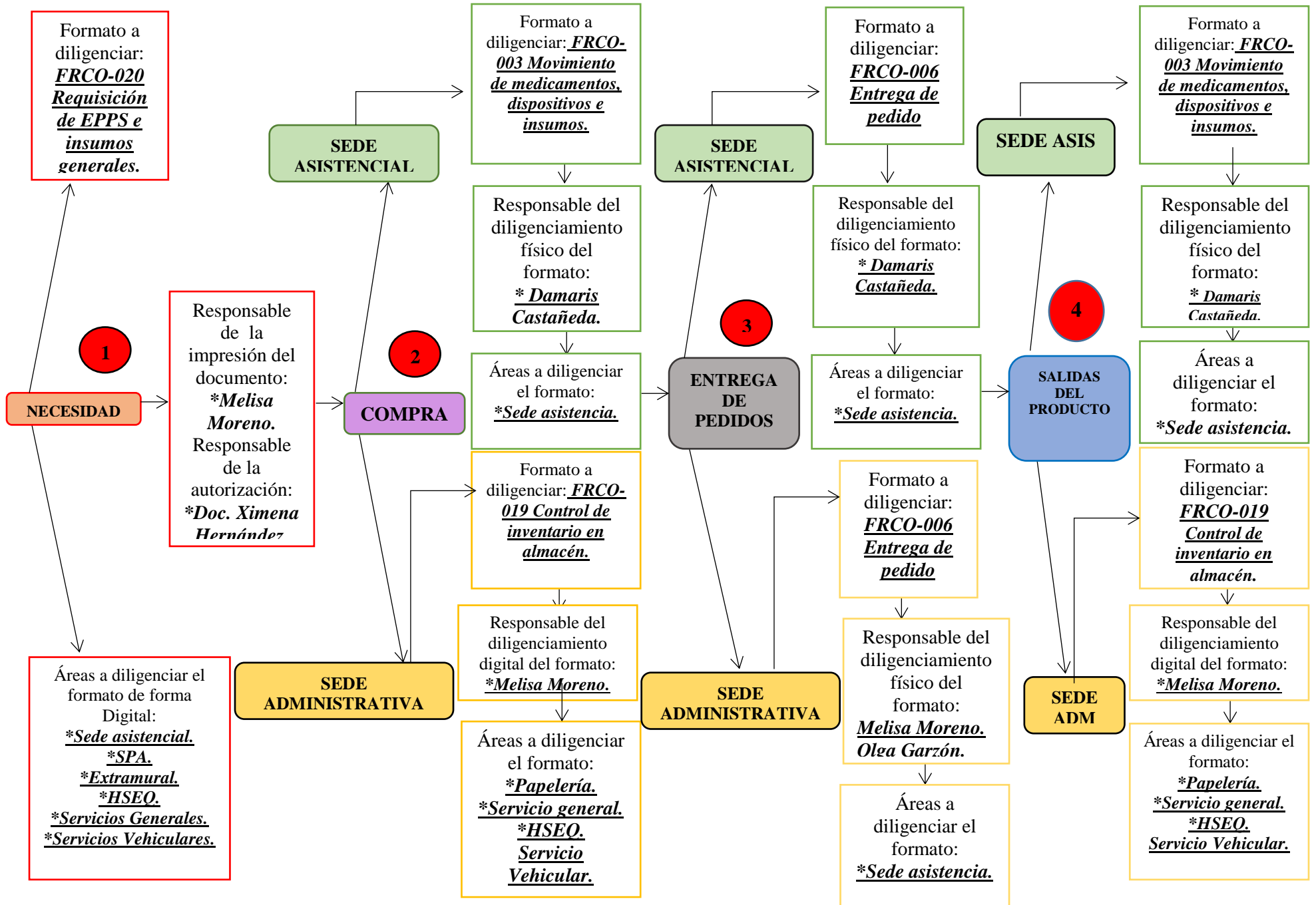


Figura 36 Procedimiento para el registro de entradas y salidas de insumos o EPPS Fuente: Elaboración propia.

Es importante mencionar que el formato **FRCO-020 Requisición de EPPS e insumos generales** mencionado anteriormente, se destina una casilla de descripción en la cual se deben señalar los requerimientos del producto para su compra teniendo en cuenta los requisitos ambientales estipulados.

En el caso del almacenamiento de residuos peligrosos administrativos se realiza la creación del presente formato, con la finalidad de registrar las entradas y salidas de residuos, de este modo se calculan los kilogramos almacenados, los cuales son entregados al gestor externo (ECOLCIN) para su debido tratamiento al final de la vida útil y la disposición final correspondiente.


 INVENTARIO DE RESIDUOS PELIGROSOS ADMINISTRATIVOS										CODIGO: FRHSEQ-064 VERSION: 1 EMISION: 14/09/2019 Pag.: 1 de 1					
GESTION HSEQ															
FECHA DE INGRESO DE RESIDUOS PELIGROSOS			ENTRADAS							KARDEX					
D	M	A	Tipo de Residuos	Sede Origen	Descripcion	Pres.	Cant.	P.Unitario (Kg)	P.Total (Kg)	Tipo de Residuo	Saldo	Ingreso	Egreso	Nuevo saldo	
										Tintas (Tóner-Cartucho-Esferos)					
										Envases Químicos (Aerosoles)					
										Luminaria					
										RAEES					
										Pilas					
										Envases pintura					
CONVENCIONES: Pres= Presentacion- Cant= Cantidad -P=Peso - RAEES= Residuos de aparatos electricos y electronicos.															

Figura 37 Inventario de residuos peligrosos administrativos. Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte es importante señalar que se realizó el diseño de formatos para la selección de proveedores dando cumplimiento a los lineamientos ambientales estipulados, se crean los formatos **FRCO-013 Selección de proveedores (ANEXO 8)** en donde se evalúa el precio, el cumplimiento de la entrega, la forma de pago, la experiencia en el mercado y lineamientos ambientales. Además se crea el formato **FRCO-008 Registro de proveedores (ANEXO 9)** en donde se evalúa la calidad del bien o servicio, tiempos de entrega, formas de pagos, cumplimiento

y requisitos ambientales, dicho proceso permite garantizar el ciclo de vida de las materias primas e insumos adquiridos incluyendo la responsabilidad social de la organización hasta su disposición final.

1.19 Contexto de la organización

1.19.1.1 Comprensión de la organización y su contexto

Debido a los resultados obtenidos anteriormente y dando cumplimiento al segundo objetivos específico se procedió a realizar una observación, análisis y evaluación de las cuestiones internas y externas pertinentes a la organización, que pudieran llegar a afectar la capacidad para conseguir los resultados previstos del SGA, en este se incluyen las condiciones o aspectos ambientales capaces de perjudicar o verse afectadas por la organización.

Tabla 34 Comprensión de la organización. Fuente: Elaboración propia.

Cuestiones externas	Cuestiones internas
<p>*<u>Fenómenos naturales</u>: El ser humano ha originado diversas problemáticas en el ambiente que producen grandes alteraciones en el clima y en consecuencia desastres naturales, que cobran la pérdida de vidas humanas, infraestructura y la destrucción del entorno natural, de los cuales los trabajadores no están exentos a estos fenómenos como inundaciones, terremotos, granizadas, temblores, incendios naturales o vendavales, sin embargo, para contrarrestar el efecto de estos la empresa realiza simulacros, cuenta con el grupo de brigadistas, señalización, plan de contingencia y elementos de</p>	<p>*<u>Incendios ocasionados por falla eléctrica o generada por el hombre</u>: Los aspectos que pueden generar dichos incendios son los producidos por cortos eléctricos, inadecuada señalización de las toma corrientes, incorrecto uso de cables eléctricos, por tal motivo una de las medidas tomadas para minimizar dichos riesgos son la ejecución de inspecciones locativas de acuerdo a la periodicidad establecida en el plan de trabajo anual de la empresa, controlando dichos efectos.</p> <p>*<u>Interrupción de agua potable o energía eléctrica por no pago o arreglos en la zona</u>: En algunas ocasiones los</p>

primeros auxilios que ayudan a mitigar los efectos adverso de dichos fenómenos.

*Inseguridad en el sector: La inseguridad hace referencia a la ausencia de seguridad, es la tendencia a salvaguardar la protección de las personas, los bienes propios y de los diversos aspectos de la vida, es importante mencionar que en el sector en el cual se encuentra ubicada la empresa se han presentado robos del cableado eléctrico y hurto a personas, por este motivo se cuenta con sistema de cámaras de seguridad, se tienen los contactos del cuadrante y cerca eléctrica.

*Posible alteración del orden público: Los desórdenes de orden público son considerados un delito penal, generado por inadecuadas conductas de un grupo de personas, poniendo en riesgo la tranquilidad y bienestar de los demás, dicha cuestión externa es tomada en cuenta en la empresa puesto que la localización de la misma es próxima a centros educativos y vías principales las cuales son bloqueadas durante los paros o marchas.

*Legales: Dicha cuestión es tomada en cuenta debido a que es de vital importancia contratar personal externo idóneo, capaz de asesorar a la empresa para dar cumplimiento a los requisitos legales exigidos por la autoridad de acuerdo a la actividad económica

cortos de energía generan inconsistencias en el incumplimiento del cronograma de las actividades del personal, en estos casos se opta por realizar pausas activas y limpieza de puestos con el fin de aprovechar el tiempo.

Para el caso de los cortes del recurso hídrico, se cuenta con tanquetas de reserva de agua, con capacidad de 1000 L en cada sede, los cuales abastecen el recurso que suplente la contingencia parcialmente.

*Inadecuado uso de los recursos naturales: Dentro de la operación ambiental de la empresa se contempla el programa de ahorro y uso eficiente de agua y energía, además de capacitaciones e implementación de tecnologías limpias.

*Culturales o religiosos: La empresa permite desarrollar el talento humano de los colaboradores, realizando actividades de esparcimiento, mejorando su comunicación y convivencia, enmarcando su accionar en principios de ética, transparencia, responsabilidad social y manteniendo respeto por las creencias adoptadas de carácter individual.

*Sociales: Se caracterizan porque son trabajadores comprometidos con el cumplimiento de los acuerdos adquiridos con los clientes y su satisfacción prestando los servicios con ética, confiabilidad y oportunidad. Además sus 25 años en el mercado han permitido destacarla por su excelente servicio con la comunidad,

prestada por la IPS; de no ser así se pueden presentar problemas referentes a multas, sanciones e incluso la inhabilitación de los servicios prestados a los clientes.

es importante mencionar que la empresa cuenta con 10 valores corporativos: honestidad, responsabilidad, eficiencia, compromiso, trabajo en equipo, respeto, comunicación, puntualidad, integridad y actitud positiva, que se cumplen en su mayoría a calidad.

*Financieros: La empresa dedica todos los esfuerzos para prevenir accidentes de trabajo a través de la identificación de peligros, valoración de riesgos y estableciendo controles como programas de gestión del riesgo y la prevención de enfermedades laborales, mediante Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, como el Biomecánico, Biológico y Psicosocial, satisfaciendo las necesidades de las partes interesadas, obteniendo a cambio recursos monetarios.

*Tecnológicos: La empresa actualmente no cuenta con tecnologías limpias que permitan el ahorro de los recursos naturales, sin embargo, se pretende generar un cambio en los hábitos de los colaboradores, donde se le dé un mejor uso a los recursos.

1.19.1.2 Direccionamiento estratégico

El direccionamiento estratégico se diseñó teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la RAI de la empresa, lo cual permite crear un marco de acción a seguir en materia ambiental en las actividades que causan mayor impacto al medio ambiente.

Por otra parte se realizó la modificación de la política ambiental, los objetivos, metas, la visión y misión de la empresa, para integrar en estas el enfoque medio ambiental.

Con dichas modificaciones se pretende mejorar y mantener el control operacional a través de los objetivos, metas y programas ambientales, para cumplir con el compromiso de prevención y mitigación de la contaminación ambiental causada por las principales actividades que desarrolla la empresa.

La gerencia general como responsable de la dirección de la compañía está comprometida con el desarrollo de todos y cada uno de los procesos que definen la calidad de los servicios prestados, además, dispone de los recursos necesarios para que las diferentes direcciones y coordinaciones cumplan con los objetivos propuestos, se realice en forma permanente un estricto seguimiento al sistema, a la metodología y a los aseguramientos definidos en el direccionamiento estratégico, teniendo como objetivo fundamental llegar a todas las partes interesadas tanto externas como internas, propendiendo siempre por un servicio de excelente calidad que supere las expectativas de los clientes.

1.19.1.2.1 Misión

A continuación se presenta la misión de la organización modificada, la cual fue actualizada de acuerdo a las necesidades del SGA “Somos una compañía líder en seguridad y salud en el trabajo, con sentido social que presta servicios en seguridad y salud laboral, apoyando al sector empresarial e institucional en la búsqueda del bienestar, desempeño ambiental y la calidad de vida de los trabajadores, a través de un servicio personalizado en: Medicina ocupacional y laboral, investigación, capacitación, asesoría y asistencia técnica, que supere las expectativas de nuestros clientes”.

1.19.1.2.2 Visión

De la misma manera se realizó la actualización de la visión enfocado a las necesidades del SGA “Buscamos la excelencia en la prestación de servicios integrales de seguridad y salud Laboral, a nivel local y nacional, en un plazo máximo de cinco (5) años (2021), que propenda tanto por el bienestar de los trabajadores como por el mejoramiento laboral, la responsabilidad ambiental

enfocada hacia procesos de desarrollo sostenible, la competitividad, y productividad de las empresas colombianas”.

1.19.1.2.3 Valores corporativos

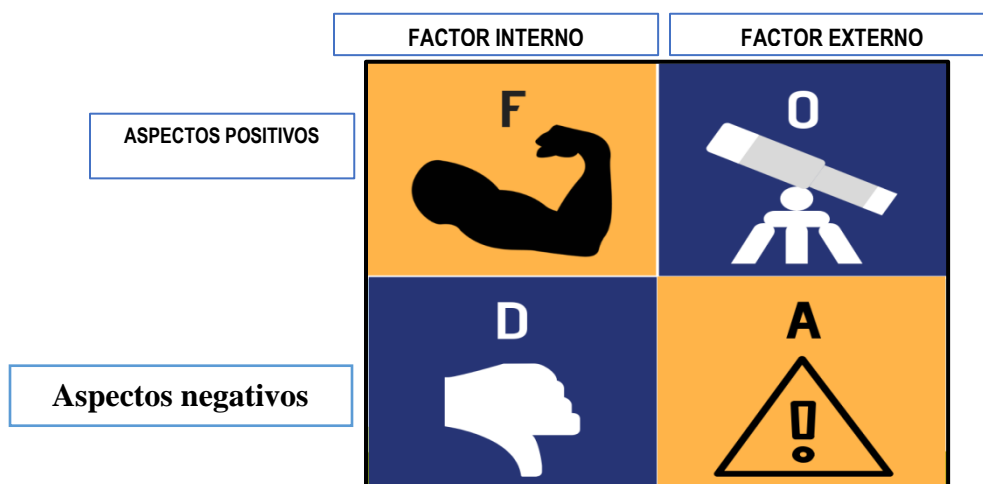
Los siguientes valores corporativos caracterizan a cada uno de los trabajadores que hace parte de la IPS UNIMSALUD S.A.S, teniendo en cuenta los aspectos en salud y seguridad en el trabajo, calidad y ambiente.

- **Honestidad:** Somos coherentes con el pensar, decir y actuar, enmarcados dentro de los principios y valores institucionales; es un valor que manifestamos con actitudes correctas, claras, transparentes y éticas.
- **Responsabilidad:** Cada persona ofrece una actitud adecuada a las tareas que le corresponden. No solo con los compromisos adquiridos a nivel personal y ambiental sino aquellos realizados con nuestros clientes y pacientes.
- **Eficiencia:** Propendemos por asegurar el mejor uso de los recursos, cumpliendo con los objetivos deseados, sin afectar la calidad del mismo, de esta manera le brindamos un servicio óptimo sin generar detrimento de los recursos.
- **Compromiso:** Somos conscientes y responsables por el cumplimiento de los resultados esperados, por la satisfacción del paciente y cliente; comprometiéndonos con el entorno y el desarrollo personal de los colaboradores y de la IPS.
- **Trabajo en Equipo:** Somos un grupo de personas que trabajamos en conjunto; actuamos comprometidos con un propósito común y somos mutuamente responsables por los resultados.
- **Respeto:** Somos conscientes que comienza en el individuo, a partir de este criterio procuramos en saber valorar los intereses y necesidades de nuestros clientes, usuarios, proveedores y demás individuos en nuestro entorno.
- **Comunicación:** Contamos con los recursos de comunicación de los que dispone una organización para llegar efectivamente a su público y contamos con personal sensibilizado en que parte del éxito consiste en la comunicación asertiva entre las partes interesadas.

- **Puntualidad:** Somos conscientes de que la oportunidad en el servicio se genera con la puntualidad con la que podamos atender los requerimientos de los clientes y adicionalmente el cumplimiento con las obligaciones laborales, por lo tanto, procuramos la planeación previa con el fin de evitar aumento en los tiempos de respuesta.
- **Actitud Positiva:** Creemos que un buen ambiente permite a las personas entablar mejores relaciones en su trabajo y desarrollar su autonomía y creatividad. Además, son capaces de establecer el control y cumplimiento de objetivos planeados.
- **Integridad:** Buscamos permanentemente la posesión de todos los valores y la demostración constante de actitudes positivas, aspiramos con vehemencia a la eficacia, a la calidad y la perfección profesional, lo cual consideramos que a través del cumplimiento de nuestro código de ética estaremos más cerca de lograrlo.

1.19.1.3 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

A continuación, se determinaron las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas pertinentes al SGA (figura 42), el detalle de estas, así como su importancia, pertinencia y seguimientos se analiza mediante el documento *ODPE-025 Matriz de Identificación de las Partes Interesadas* (ANEXO 10), donde son individualizadas y controladas por cada uno de los procesos del sistema de gestión, se pueden identificar en letra de color verde en el anexo.



*Figura 38 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
Fuente: Elaboración propia.*

Como ejemplo de la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, a continuación, se presenta las tablas 35 y 36, en las que se observa la importancia, pertinencia, necesidades, expectativas, mecanismo de rendición de cuentas y su respectivo seguimiento para el proceso HSEQ.

Tabla 35 Partes interesadas internas. Fuente: Elaboración propia

PARTES INTERNAS			PROCESO: HSEQ			
<u>Parte interesada</u>	<u>Importancia</u>	<u>Pertinencia</u>	<u>Necesidad</u>	<u>Expectativa</u>	<u>Mecanismo de rendición de cuentas</u>	<u>Seguimiento</u>
Accionistas	BAJA	SI	Adquisición completa de implementos	Suficiencia presupuestal	Presupuesto integral	Revisión del presupuesto anual en materia HSEQ. (Anual)
Empleados	ALTA	SI	Inclusión y aceptación de comunicaciones	Gestión permanente	Reporte de actos y condiciones inseguras.	Verificación de Tarjetas de Observación. (Mensual)
					Actualización matriz de Indicadores de gestión.	-Indicadores de gestión. -Verificación diligenciamiento RH1. -Diligenciamiento media móvil. (Mensual).
					Control documental	Validación de la socialización de cambios documentales. (Bimensual)

					Inspecciones	Inspección de limpieza y desinfección de baños, áreas y canecas (Quincenal)
						Inspección vehicular a transportadores de sustancias químicas o residuos peligrosos (Trimestral)
						Inspección al seguimiento mensual de la ruta sanitaria. (Mensual)
						Inspecciones metodología 5S. (Quincenal)
						Jornada del programa orden y aseo. (Trimestral)
Comités	ALTA	SI	Cumplimiento normativo	Bienestar de los trabajadores y del medio ambiente	Actas de Reunión. Informe ejecutivo. *Conformación Grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria GAGAS.	Cumplimiento de compromisos, Verificación de actas de reunión. (Mensual)

Tabla 36 Partes interesadas externas. Fuente: Elaboración propia.

PARTES EXTERNAS			PROCESO: HSEQ			
<u>Parte interesada</u>	<u>Importancia</u>	<u>Pertinencia</u>	<u>Necesidad</u>	<u>Expectativa</u>	<u>Mecanismo de rendición de cuentas</u>	<u>Seguimiento</u>
Clientes	BAJA	SI	Facilidades de pago	Buena prestación del servicio	Encuestas de satisfacción Certificado de SGA	Certificado de SGA Actas de disposición (Según requerimiento).

					Actas de disposición. Quejas y reclamos	(Mensual)
					Auditoria externa (2do nivel).	Auditoria externa ECOPLANETA. (Anual).
Proveedores	MEDIA	SI	Pagos oportunos y compromiso ambiental	Permanencia de la relación comercial y compromiso ambiental	Selección de proveedores	Selección gestor de residuos peligrosos administrativo (ECOLCIN). (Anual).
					Evaluaciones de Proveedores.	Resultados de evaluación (Anual).
					Solicitud documental	-Manifiestos de carga ECOCAPITAL. -Retroalimentación de resultados de la evaluación. (Mensual).
					Interventoría Externa a gestores.	Interventoría Externa a ECOCAPITAL (Anual).
					Auditoria externa (2do nivel).	Auditoria externa ECOCIL. (Anual).
Entes de control	ALTA	SI	Regularidad procesal	Cumplimiento legal	Matriz de cumplimiento legal.	Actualización de Requisitos legales (Anual).
					Documentación actualizada.	Actualización de los documentos PGIRHYS – PGIRESPEL (Anual).
					Reportes obligatorios	Reporte ante la secretaria distrital de salud (SIRHO). Reporte ante el IDEAM (Anual).
Pacientes	MEDIA	SI	Atención con calidad y buenas prácticas de higiene	Oportuna atención y ambiente sano.	Encuestas de satisfacción Quejas y reclamos	-Indicador de Satisfacción de Usuarios.

						-Garantizar la eficacia las respuestas de PQR o derechos de petición/ querellas ambientales. (Trimestral).
Comunidad	BAJA	SI	Prestación del servicio sin alteraciones del orden público	Cumplimiento de normas sociales y ambientales	Quejas y reclamos	Revisión de Estado de Novedades presentadas. (Mensual).
Entidades bancarias	BAJA	NO	-	-	-	-

1.19.1.4 Determinación del alcance del sistema de gestión ambiental

Es primordial que la organización determine los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión ambiental, para esto se delimito el alcance, teniendo en cuenta los lineamientos de la norma en donde se pretenden abarcar todos los impactos que se generan en la empresa por la actividad prestada.

1.19.1.5 Análisis de factores externos e internos.

1.19.1.5.1 Análisis FODA

La organización determina los factores externas e internas que son pertinentes para su propósito y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión ambiental (figura 43 y 44) , por este motivo se realiza el análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de cada proceso de la compañía, incluyendo a los líderes de cada proceso, el cual se detalla en el documento *ODPE-028 Análisis FODA (ANEXO 11)*, se pueden identificar en letra de color verde en el anexo.

1. La revisión por la dirección determina el ritmo, el alcance y los tiempos de las acciones ambientales.
2. Diligenciamiento de Indicadores de gestión integral.
3. Dentro de los lineamientos de la empresa, esta se encuentra comprometida con la prevención de aspectos e impactos ambientales, velando por el bienestar y preservación de los recursos naturales.
4. Ejecución de inspecciones y auditorías ambientales internas a los procesos de la empresa y externas a gestores de residuos.
5. Aceptación de comunicados ambientales y disposición para acatarlos.
6. Validación de la socialización de cambios documentales.
7. Seguimiento y cumplimiento al plan de mantenimiento establecido para Vehículos.

FORTALEZAS:

Factores internos

1. El personal de la empresa no toma conciencia de la importancia de la gestión ambiental (Resistencia al cambio).
2. No se cumple a cabalidad con los programas ambientales de la empresa.
3. No se socializan las especificaciones de lineamientos ambientales con los contratistas.
4. No competencia en licitación por falta de certificación ambiental.
5. Inapropiado uso y comportamiento higiénico de los usuarios en las áreas asistenciales.
6. No se cumplen con las periodicidades establecidas en el programa de control locativo, referente a la eliminación de plagas, lavado de tanques y estudio de potabilización de agua

DEBILIDADES:

Figuran 39 Factores internos. Fuente: Elaboración propia.

1. Actualizar procesos de acuerdo con la normatividad vigente.
2. Realizar la consecución de planta eléctrica.
3. Fortalecer y desarrollar nuevas metodologías para los programas de capacitación.
4. Empresa reconocida por su excelente gestión ambiental.
5. Garantizar la eficacia de las respuestas de PQR o derechos de petición/querellas ambientales
6. Aumento de clientes sensibles a temas ambientales.
7. Cumplimiento de requerimientos ambientales por parte de los clientes.
8. Adquisición de certificación en ISO 14001:2015
9. Oportuna atención y buenas prácticas ambiente que mantengan un ambiente higiénico y sano.
10. Asignación de responsabilidad ambiental a los colaboradores al interior de la organización.
11. Integración de tecnologías limpias a los diferentes procesos de la organización.

OPORTUNIDADES

Factores externos

1. Robo en cableado externo
2. Falla en fluido eléctrico en la zona donde está ubicada la unidad médica.
3. Daño a la imagen de Unimsalud S.A.S.
4. Para la visita de la Secretaria de salud, en la inspección del concepto higiénico sanitario, no se cumple con todos los requerimientos, así como la Publicidad exterior visual (PEV) para las sedes y vehículos.
5. Desprestigio de la razón social por incumplimientos ambientales
6. No certificación del sistema de gestión ambiental SGA (ISO 14001:2015).
7. Impacto ambiental por mantenimiento de archivo de baja rotación
8. Posible proliferación de plagas, por incumplimiento del programa de control locativo ambiental.

AMENAZAS:

Figuran 40 Factores externos. Fuente: Elaboración propia

1.19.1.5.2 Estrategia FODA

De la misma manera es preciso tener en cuenta que las estrategias definidas son el resultado del análisis FODA, con el fin de convertir las debilidades y amenazas en oportunidades de mejora para la compañía, en la figura 45 se ilustra la intersección entre los factores externos e internos a tratar, así como su significado.

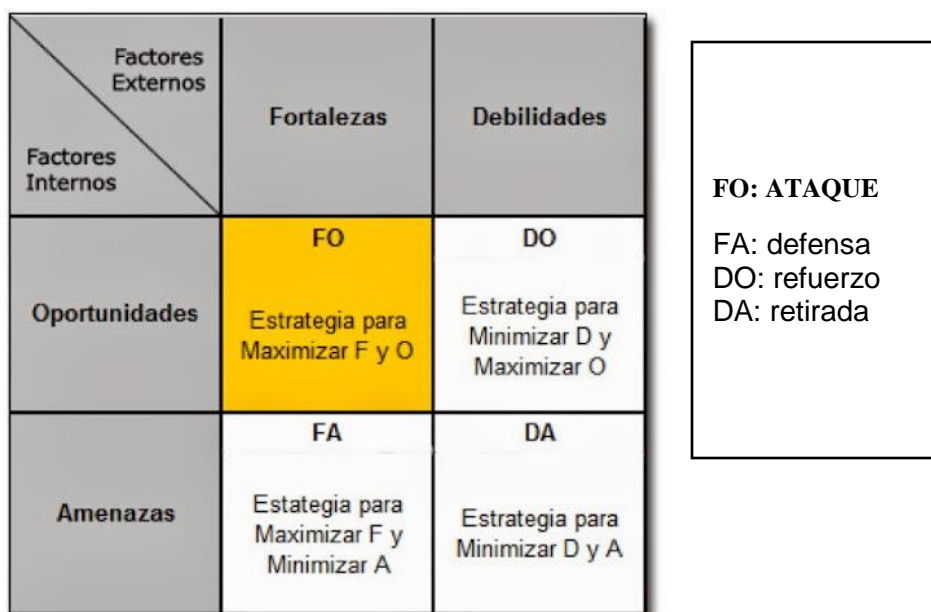


Figura 41 Estrategia FODA Fuente: Elaboración propia.

Una vez analizada la figura 45, se realizó la tabla 37, en la que se observa las estrategias y procesos responsables para controlar las amenazas y debilidades halladas en la empresa.

Tabla 37 Estrategia FODA. Fuente: Elaboración propia.

ESTRATEGIA	PROCESO RESPONSABLE
1. Mejora continua de acuerdo a los resultados de los indicadores de gestión	➤ Todos los procesos

ESTRATEGIA	PROCESO RESPONSABLE
Fortalecer un cronograma de mantenimientos de las áreas locativas referentes a la eliminación de plagas, lavado de tanques y estudio de potabilización de agua, así como normas de higiene y uso correcto de las áreas que componen la empresa.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestión de Mantenimiento. ➤ Gestión HSEQ.
Realizar presupuesto para el SGA.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ HSEQ
Establecer canales de comunicación asertiva, generar matriz de comunicaciones por procesos y compromisos ambientales.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestión HSEQ con apoyo de los demás procesos
Estudiar posible compra de una fuente generadora de energía o paneles solares, así como la instalación de bombillos ahorradores.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestión Compras ➤ Gestión Mantenimiento ➤ Planificación Estratégica. ➤ Gestión HSEQ.
Establecer métodos de inducción y re inducción al personal de servicio extramural, así como la socialización de lineamientos ambientales.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestión Humana apoyada en todos los procesos ➤ Gestión HSEQ.
Cumplimiento de requisitos legales ambientales, que eviten el desprestigio de la razón social de la empresa.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestión HSEQ. ➤ Planificación Estratégica.
Alcance de la certificación en ISO 14001:2015	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestión HSEQ. ➤ Planificación Estratégica.
Realizar la rotación de archivo en las diferentes áreas, aplicando el programa de las 3R.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todos los procesos
Garantizar el cumplimiento de los programas ambientales de la empresa, alcanzando las metas ambientales propuestas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todos los procesos
Incentivar a los colaboradores de UNIMSALUD, por medio de metodologías creativas, innovadoras y de fácil entendimiento la cual permita generar un cambio actitudinal en el personal, referente a la importancia de la gestión ambiental.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestión HSEQ.
Realizar la gestión para adquirir el permiso de retroceso de la móvil.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestión HSEQ. ➤ Gestión Humana

1.19.1.6 Caracterización de los procesos

Para que un proceso sea debidamente estandarizado debe estar documentado, al hacerlo se asegura que las personas ejecuten los procesos de acuerdo a como están escritos. La estandarización es un proceso en el que se establece un nivel de operación el cual debe mantenerse para lograr los resultados esperados.

Es necesario documentar los procesos en función a la naturaleza de sus actividades, los requisitos de las partes interesadas y legales; dando respuesta al requerimiento se crea el documento *ODHESQ- 009 Caracterización de procesos*, en el cual se tuvo en cuenta la influencia en la satisfacción de los clientes, los efectos en la calidad del servicio, influencia en la misión, estrategia, cumplimiento de normatividad aplicable, utilización de recursos y la priorización de aspectos e impactos ambientales.

Para la construcción del documentó se tuvo en cuenta la siguiente figura 46.

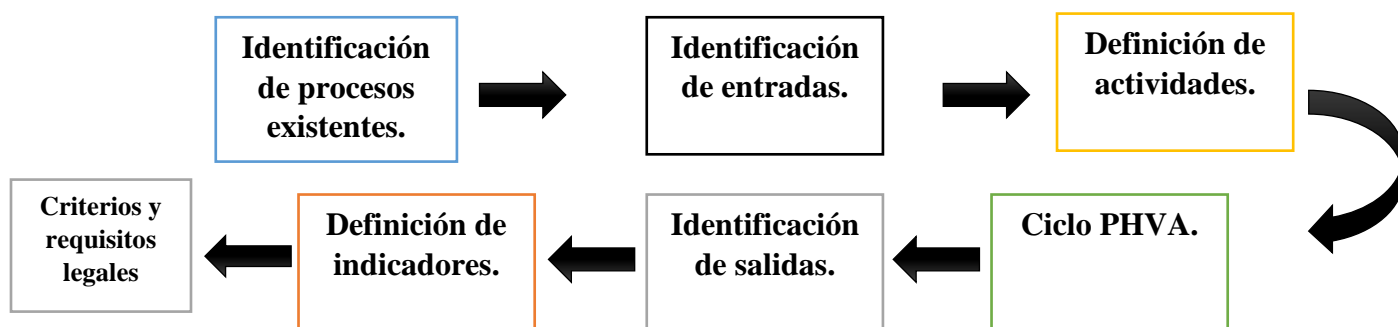


Figura 42 Caracterización de los procesos. Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presenta un ejemplo del proceso HSEQ, con la correspondiente inclusión ambiental, en la figura 47.


	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		CODIGO: ODHSEQ-009		
			VERSION: 5		
		GESTION HSEQ	EMISION: 07/05/2019		
			Pag.: 1 de 1		
TIPO DE PROCESO:	GESTION HSEQ		RESPONSABLE: DIRECTOR QHS		
OBJETIVO:	Establecer actividades de implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión Integral mediante la aplicación de las políticas de la empresa, estableciendo acciones de mejora basadas en resultados de auditorías, análisis de datos y la revisión por la dirección de la empresa, así como establecer la metodología que permita identificar, evaluar, valorar e implementar los factores de riesgo generados durante la prestación de servicio, e implementar medidas de mitigación. Compensación a las afectaciones que se generen además minimizando los incidentes laborales, concientizando a todo el personal de la utilización de elementos de protección personal en las áreas que aplique..				
ALCANCE:	Aplica a todos los procesos y procedimientos generados y establecidos por el Sistema de Gestión Integral acorde con las directrices establecidas por la Gerencia General de UNIMSALUD SAS.				
PARTICIPAN:	GERENCIA GENERAL Y LÍDERES DE PROCESO				
ENTRADAS		ACTIVIDADES		SALIDAS	
PROVEEDORES	INFORMACION	ACTIVIDADES		CLIENTE	INFORMACION
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Necesidades y sugerencias para el mejoramiento	PLANEAR	HACER	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Informe del gestión del proceso
	Estrategias comerciales a seguir para la consecución de clientes	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del sistema de gestion integral. • Elaboracion y seguimiento documental del sistema de gestion integral. • Acciones de Mejora, indicadores estrategicos y de gestión. • Revisión por la Direccion, asignación de recursos, Información acerca del SGC. • Planeacion de auditorías al SIG • Evaluación de satisfacción de clientes • Mantenimiento del Sistema de Gestión Integral. • Identificación de riesgos y oportunidades. • Identificación y priorizacion de aspectos e impactos ambientales. • Determinacion de las necesidades de las partes interesadas. • Divulgacion de lineamientos y politicas organizacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de documental • Ejecutar y controlar el Sistema de Gestión Integral • Presentar informes de gestión a Gerencia General de los diferentes procesos del Sistema de Gestión Integral • Valoracion y control a los riesgos identificados. • Controles al Panorama General de Factores de Riesgos • Revisar las causas de las no conformidades actuales y de problemas potenciales. • Actualizar documentacion del sistema de gestion integral. • Seguimiento a los programas ambientales establecidos en la organizacion. • Garantizar las competencias del personal en temas ambientales. • Desarrollo de planes de emergencia y contingencia. 		Matriz de riesgos.
	Lineamientos para la gestión y control de los procesos				Implementación de oportunidades de mejora.
	Aprobacion de documentos y registros				Identificación y valoración de aspectos e impactos ambientales.
Retroalimentacion de informes de gestion y compromisos de mejora.	Solicitud de aprobaciones de cambio documental				
TODOS LOS PROCESO	Informe del desempeño del proceso	ACTUAR	VERIFICAR	GESTION HUMANA	Evaluaciones de Desempeño
	Acatamiento de lineamientos ambientales.	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de acciones correctivas y de mejora del SGI. • Consolidacion de entradas para la revision por la direccion. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de indicadores de gestión • Control de documentos y registros internos y externos • Control de Servicio No Conforme. • Seguimiento de acciones correctivas y de mejora • Resultados de las Auditorías Internas. • Mantenimiento y Mejora del Sistema de Gestión Integral. • Realización de inspecciones o auditorias realizadas a los procesos. • Validacion de requisitos de proveedores y contratistas. • Programacion de auditorias internas. • Análisis de causas de No Conformidades. • Identificación de las No Conformidades • Verificación de a gestores externos. 		Entrenamiento y capacitacion al personal interno de la organización.
	Solicitud de EPPS				Comunicados internos por incumplimiento a normas y lineamientos establecidos.
	Novedades en la prestacion del servicio.				Metodología para la aplicación de Acciones de Mejora
Acciones correctivas y de Mejora	Lineamientos para control documental				
GESTION HUMANA	Necesidades de Documentación	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de acciones correctivas y de mejora del SGI. • Consolidacion de entradas para la revision por la direccion. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de indicadores de gestión • Control de documentos y registros internos y externos • Control de Servicio No Conforme. • Seguimiento de acciones correctivas y de mejora • Resultados de las Auditorías Internas. • Mantenimiento y Mejora del Sistema de Gestión Integral. • Realización de inspecciones o auditorias realizadas a los procesos. • Validacion de requisitos de proveedores y contratistas. • Programacion de auditorias internas. • Análisis de causas de No Conformidades. • Identificación de las No Conformidades • Verificación de a gestores externos. 	TODOS LOS PROCESOS	Auditorías Internas de SGI
	Funciones y Responsabilidades				Lineamientos y Control de Procesos.
	Personal Competente				Respuestas y soluciones de novedades en la prestación del servicio.
	Inducción y reinducción al personal				Retroalimentacion de niveles de cumplimiento.
	Necesidades de formacion				

Figura 43 Caracterización de los procesos. Fuente: Elaboración propia.

1.19.2 Liderazgo

1.19.2.1 Liderazgo y compromiso

El siguiente apartado compromete a la alta dirección como cabeza de la organización a disponer de los recursos necesarios para que el SGA se pueda desarrollar correctamente, así mismo, debe asegurar la integridad de los requisitos del sistema dentro de los procesos de negocio de la organización, creando políticas y objetivos compatibles con el direccionamiento estratégico y el contexto de la organización, es de vital importancia que todos los trabajadores participen y conozcan los procesos llevado a cabo en el sistema , lo cual se relaciona en el documento manual de responsabilidades de los colaboradores, es importante realizar la revisión de los resultados esperados, cumpliendo las meta propuesta y enfocando cada proceso a la mejora continua. Respecto a los roles es importante mencionar que cada cabeza de procesos es el líder y responsable de sus resultados; en caso de ausencia de la alta dirección de acuerdo a la jerarquía de la empresa debe hacerse cargo la gerente comercial o respectivos líderes lo cual se logra por medio del documento nombramiento de líder de procesos.

1.19.2.2 Política ambiental

Esta política es el punto de partida para los objetivos del SGA, es actualizada mínimo una vez al año y es comunicada a los miembros del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo.

La alta gerencia se compromete a asignar todos los recursos físicos, técnicos y humanos para el diseño, implementación y sostenimiento del sistema de gestión integral y se comunica a todos los niveles de la organización mediante los diversos canales de comunicación.

A continuación, se presenta la nueva política ambiental modificada en la cual se tuvo en cuenta la valorización de aspectos e impactos para su creación:

UNIMSALUD se compromete a la **identificación, prevención y control** de aspectos e impactos ambientales generados por las actividades prestadas, velando por la correcta gestión

integral de los residuos sólidos, ahorro y uso eficiente de recursos no renovables como el agua potable y la energía eléctrica, control de emisiones atmosféricas y vertimiento de aguas residuales doméstica; así como la promoción del programa de orden y aseo, el cual permita generar un cambio actitudinal en los colaboradores, enfocado a mejorar y mantener las condiciones higiénicas en sus áreas de trabajo, que proporcionen condiciones seguras en su entorno laboral.

1.19.2.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

Por medio del documento *Nombramiento líder de procesos*, se delega a la alta gerencia, sus roles, responsabilidades y autoridades como cabeza y líder de la organización acorde a lo estipulado en la norma ISO 14001:2015 numeral 5.3, por otra parte, se establece que en ausencia de la gerencia general ha sido nombrada líder de proceso y desempeñara las funciones de seguimiento y control del proceso a cargo y funciones mencionadas en el Manual de funciones. *ODGH-018 Manual de funciones (ANEXO 12)* se pueden identificar en letra de color verde.

1.19.3 Planificación

1.19.3.1 Acciones para abordar el riesgo y oportunidades

1.19.3.1.1 Generalidades

Es de gran importancia que la organización gestione el riesgo mediante su identificación, análisis y evaluación, teniendo en cuenta los procesos globales de gobierno, ambiente cultural, social, político, legal, reglamentario, financiero, tecnológico, económico y natural; para el desarrollo de la presente clausula se toma como referencia la NTC ISO 31000:2011, representada en la figura 48.

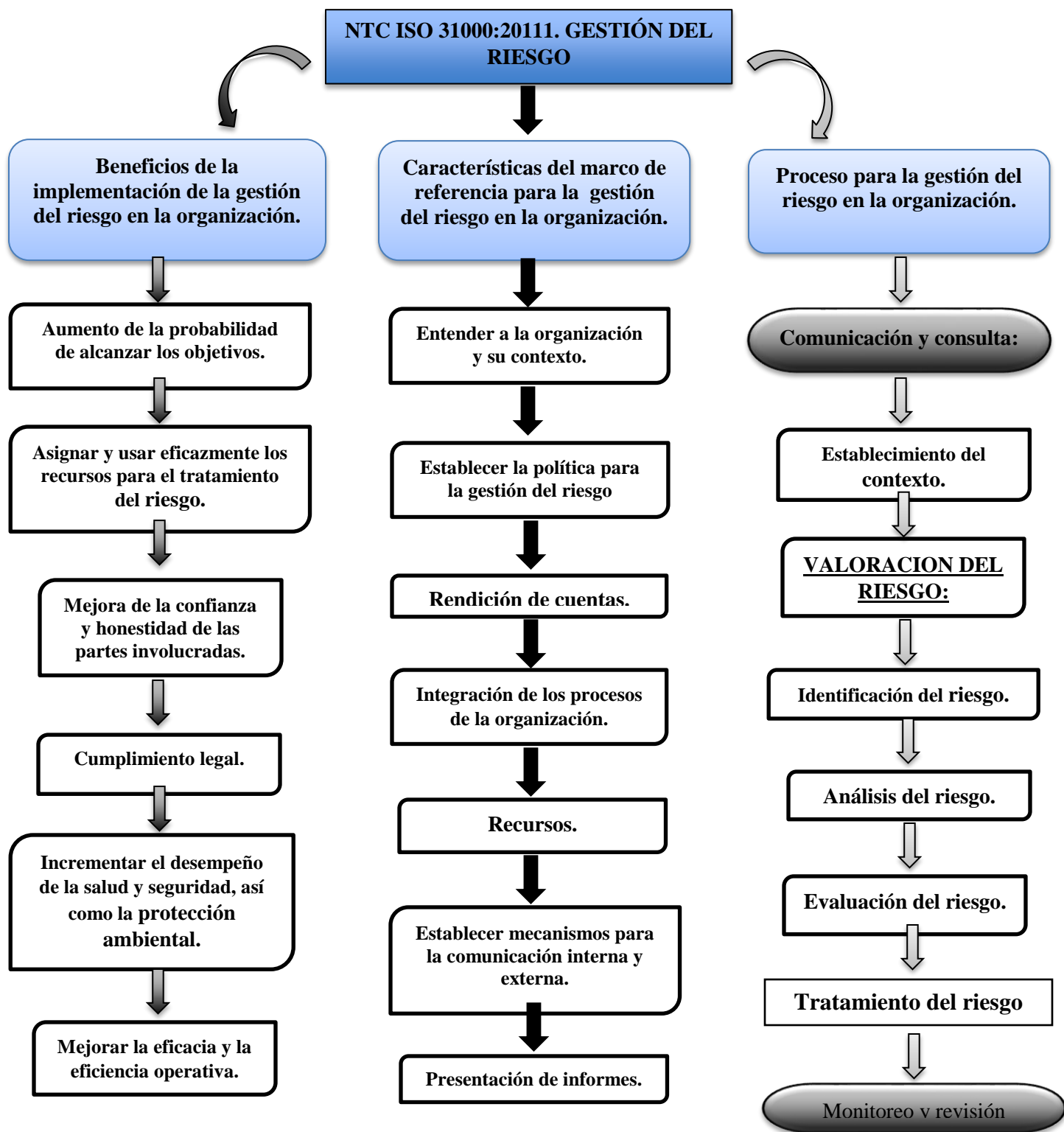


Figura 44 NTC ISO 31000:2011 Gestión del riesgo. Fuente: Elaboración propia.

Además de lo mencionado anteriormente, la empresa debe tener en cuenta los riesgos y oportunidades relacionados con los aspectos ambientales, las cuestiones externas e internas, las partes interesadas, situaciones de emergencia potencial, impactos ambientales, obligaciones de cumplimiento, de este modo se brinda seguridad al SGA para lograr los resultados previstos, prevenir o reducir los efectos indeseados.

Se definieron los parámetros generales de la administración de riesgos en Unimsalud S.A.S., por medio del instructivo *INPE-001 Instructivo de matriz de riesgos SGA*, así como las actividades que se deben llevar a cabo para la identificación, evaluación (análisis y valoración), gestión y control de los riesgos como parte de la ISO 14001:2015, este debe ser revisadas en primera instancia por los líderes de proceso y posteriormente por el director HSEQ.

En el siguiente documento *ODPE-018 Matriz de riesgos del SGI (ANEXO 13)* se puede identificar en negrilla los riesgos ambientales que se pueden generar por proceso, para tal efecto se socializan a continuación los riesgos del proceso de Unidad fija como ejemplo en la tabla 38.

Tabla 38 matriz de identificación de riesgos.

DENTIFICACION DEL RIESGO			ANALISIS DE RIESGOS Y EVALUACION				TOMA DE ACCIONES					ANALISIS DE RIESGOS Y EVALUACION						
Id	Riesgo	Descripción	Valor	Probabilidad	Valor	Impacto	Control	Acción	Descripción del control	Tipo de control	Está documentado	Donde está documentado	Valor	Probabilidad	Valor	Impacto		
			6%	MODERADO	2	BAJO				12%	ASUME		SI	3%	POCO PROBABLE	3	BAJO	9%
1	RIESGO OPERATIVO	Uso de recursos no renovables como la energía eléctrica para la realización de actividades administrativas, ocasionando daños en el medio ambiente.	6%	MODERADO	2	BAJO	12%	Resultado del desempeño ambiental por medio de indicadores de gestión	Seguimiento continúa a los indicadores de gestión.	Implementación de tecnologías limpias que permitan minimizar el consumo del recurso, acompañado de capacitaciones dirigidas al cambio de hábitos de responsabilidad ambiental	ASUME	SI	Indicadores de gestión, Formato FRHSEQ-068 Control del consumo diario de energía eléctrica	3%	POCO PROBABLE	3	BAJO	9%
2	RIESGO OPERATIVO	Uso de recursos no renovables como el agua potable para la Salud e higiene personal, generando vertimiento de aguas residuales.	6%	MODERADO	5	ALTO	30%	Resultado del desempeño ambiental por medio de indicadores de gestión	Seguimiento continua a los indicadores de gestión	Implementación de tecnologías limpias que permitan minimizar el consumo del recurso, acompañado de capacitaciones dirigidas al cambio de hábitos de responsabilidad ambiental	ASUME	SI	Indicadores de gestión, Formato FRHSEQ-068 Control del consumo diario de agua potable	3%	POCO PROBABLE	3	BAJO	9%

3	RIESGO OPERATIVO	Impacto ambiental por mantenimiento de archivo de baja rotación, lo que genera la utilización de hojas blancas para impresiones, ocasionando la pérdida de recursos naturales.	6%	BAJO	2	BAJO	12%	Resultado del desempeño ambiental por medio de indicadores de gestión	Seguimiento continua a los indicadores de gestión	Capacitaciones dirigidas a temas de economía circular y programa de las 3R, eficacia de la capacitación, resultados de indicadores.	ASUME	SI	Programa de las 3R, evidencia de capacitaciones Formato ODGH-015 Eficacia de la capacitación y Formato FRGH-006 Lista de asistencia formación y entrenamiento.	3%	POCO PROBABLE	3	BAJO	9%
4	RIESGO OPERATIVO	Contaminación por la generación de residuos sólidos peligrosos hospitalarios, producto del servicio de atención a pacientes.	3%	POCO PROBABLE	10	ALTO	30%	Socialización del plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares PGIRSHYS.	Ejecución de inspecciones, capacitaciones y resultados de los indicadores de gestión.	Capacitar continuamente al personal de unidad fija permitiendo una adecuada gestión de los residuos producidos, junto a la eficacia de la misma, verificación del programa orden y aseo en la empresa, así como el seguimiento a los indicadores de gestión.	COMPARTIDO	SI	Formato ODHSEQ Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades, Formato ODUF- 001 Fuentes de generación y clases de residuos RH1, Formato FRHSEQ- 048 Lista de chequeo de verificación interna de residuos hospitalarios y similares, manifiesto de carga y acatas de disposición de gestores externos.	3%	POCO PROBABLE	3	BAJO	9%

5	RIESGO OPERATIVO	No recolección oportuna de residuos por parte de la empresa de servicio público especial de aseo.	6%	MODERADO	3	BAJO	18%	Socialización del plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares PGIRSHYS.	Interponer reclamos ante el gestor o entidades gubernamentales competentes.	Disponer de un cuarto de almacenamiento alternativo de tal modo que en caso tal de colapso de la UTHA, se pueda disponer de los residuos por unos días, capacitar al personal, disponer del contacto directo con los gestores en caso tal de presentarse una emergencia y colocar la queja ante la entidad.	COMPARTIDO	SI	Formato ODHSEQ Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades, esquema de contingencia (a quien acudir).	3%	POCO PROBABLE	3	MODERADO	9%
6	RIESGO DE CUMPLIMIENTO	Incumplimiento legal de normativas ambientales, relacionadas con la Publicidad exterior visual (PEV).	6%	MODERADO	2	BAJO	12%	Diligenciamiento de la matriz de requisitos legales	Solicitud historial de PEV ante la secretaria distrital de ambiente y posterior inscripción de publicidad en fachada de acuerdo a los requisitos exigidos.	Dar cumplimiento a los requisitos ambientales de PEV, teniendo en cuenta la asesoría externa por parte de los expertos en el tema.	COMPARTIDO	SI	Formato FRHSEQ-004 Matriz de requisitos legal	3%	POCO PROBABLE	10	ALTO	30%
7	RIESGO OPERATIVO	Posible ruptura de bolsa de residuos peligrosos.	3%	POCO PROBABLE	6	BAJO	18%	Socializar especificaciones de cómo actuar en estos casos	Divulgación del PGIRHYS.	Uso de elementos de protección personal, capacitaciones del plan de contingencia para servicios generales y brigadistas, adquisición de kit de derrames.	ASUME	SI	Otro documento ODHSEQ-012 Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares y en el Formato FRHSEQ-031 Matriz de elementos de protección interpersonal, Formato FRHSEQ-030 Tarjeta de Observación Condiciones o Actos Inseguros	3%	POCO PROBABLE	3	BAJO	9%

8	RIESGO OPERATIVO	Posibles accidentes de trabajo por punción.	6%	MODERADO	4	MODERADO	24%	Socializar especificaciones de cómo actuar en estos casos	Divulgación del PGIRHYS.	Uso de elementos de protección personal, capacitaciones del plan de contingencia para servicios generales y brigadistas, adquisición de kit de derrames.	ASUME	SI	Otro documento ODHSEQ-012 Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares y en el Formato FRHSEQ-031 Matriz de elementos de protección interpersonal.	3%	POCO PROBABLE	4	BAJO	12%
9	RIESGO OPERATIVO	Incumplimiento de las periodicidades establecidas en el programa de control locativo, referente a la eliminación de plagas, lavado de tanques y estudio de potabilización de agua.	6%	MODERADO	2	BAJO	12%	Revisión del cronograma de actividades de mantenimiento para las sedes.	Divulgación de procedimientos y cumplimiento de cronograma.	Determinación de periodicidades de actividades ambientales, contratación con contratistas certificados para que realicen las labores, solicitud de documentos con el contratista, junto con capacitación ambiental.	COMPARTIDO	SI	Programa ambiental, contrato, solicitud de documentos requeridos para la labor (curso en alturas, fichas de seguridad de productos químicos y hojas técnicas, afiliación ARL, protocolo de la jornada, orden de compra,) uso de EPPs, informe ejecutivo de la jornada, Formato ODPE- 008 Comunicado interno.	3%	POCO PROBABLE	3	MODERADO	9%
10	RIESGO OPERATIVO	No se realiza la rotación de sustancias químicas para las labores de aseo.	6%	MODERADO	2	MODERADO	12%	Integración de rotación de sustancias químicas dentro del programa de orden y aseo.	Divulgación de la cartilla del INVIMA	Integración del programa de orden y aseo, acompañado de su respectiva divulgación.	COMPARTIDO	SI	Pictogramas que indiquen las características de peligrosidad y la respectiva matriz de compatibilidad, hojas y fichas de seguridad de los productos, rótulos y protocolo de rotación de sustancias, programa de orden y aseo.	3%	POCO PROBABLE	3	MODERADO	9%

11	RIESGO NATURAL	Posibles inundaciones o granizadas, generando daños en la infraestructura de las sedes.	3%	POCO PROBABLE	4	BAJO	12%	Inspecciones locativas	Determinación de fallas en la infraestructura de las sedes	Realizar inspecciones locativas a las sedes de tal manera que se controlen posibles fallas en la infraestructura, de ser así tomar las acciones preventivas, evitando daños por estos riesgos naturales, seguimiento al programa de mantenimiento anual locativo.	ASUME	SI	Formato FRHSEQ-029 Lista de chequeo inspecciones locativas y Formato FRGM- 004 Cronograma de mantenimiento Locativo y las actas de nombramiento de brigadista de evacuación y rescate, Otro documento ODHSEQ-012 Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares, esquema de contingencia (a quien acudir).	3%	POCO PROBABLE	3	BAJO	9%
12	RIESGO NATURAL	Posibles temblores o terremotos.	6%	MODERADO	8	ALTO	48%	Preparación y respuesta ante posibles desastres naturales.	Participación activa de empleados al plan de preparación para desastres	Conformación del comité de brigada de emergencias, reuniones de acuerdo en a la periodicidad establecida en el cronograma del comité, dotación de elementos para la atención de siniestros ocasionados por temblores o terremotos, señalización, simulacros advertidos y no advertidos.	ASUME	SI	Formato FRHSEQ-062 Cronograma de actividades de comité de emergencias , las actas de nombramiento de brigadista de evacuación y rescate y primeros auxilios; Formato FRHSEQ-005 Hoja de vida Brigadista, Otro documento ODHSEQ-012 Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares, esquema de contingencia (a quien acudir).	6%	MODERADO	6	MODERADO	36%

13	RIESGO OPERATIVO	Posibles incendios ocasionado por falla eléctrica o el hombre	6%	MODERADO	2	BAJO	12%	Identificación del estado de las instalaciones eléctricas.	Inspecciones a las instalaciones eléctricas.	Conformación del comité de brigada de emergencias, reuniones de acuerdo en a la periodicidad establecida en el cronograma del comité, dotación de elementos para la atención de siniestros ocasionados por incendios, recarga de extintores, inspecciones de extintores, equipo de rescate, simulacros advertidos y no advertidos.	ASUME	SI	Formato FRHSEQ-062 Cronograma de actividades de comité de emergencias , las actas de nombramiento de brigadista de incendios y Formato FRHSEQ-005 Hoja de vida Brigadista, Otro documento ODHSEQ-012 Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares.	3%	POCO PROBABLE	3	MODERADO	9%
14	RIESGO NATURAL	Posibles incendios ocasionado por factores naturales	3%	POCO PROBABLE	4	ALTO	12%	Sensibilización ante siniestros naturales.	Capacitar a todo los trabajadores sobre el plan de preparación para desastres	Conformación del comité de brigada de emergencias, reuniones de acuerdo en a la periodicidad establecida en el cronograma del comité, dotación de elementos para la atención de siniestros ocasionados por incendios, recarga de extintores, inspecciones de extintores, equipo de rescate, simulacros advertidos y no advertidos.	COMPARTIDO	SI	Formato FRHSEQ-062 Cronograma de actividades de comité de emergencias, las actas de nombramiento de brigadista de incendios y Formato FRHSEQ-005 Hoja de vida Brigadista, esquema de contingencia (a quien acudir).	3%	POCO PROBABLE	3	MODERADO	9%

15	RIESGO OPERATIVO	Posible interrupción de agua por no pago o arreglos en la zona.	3%	POCO PROBABLE	6	BAJO	18%	Suplir el abastecimiento del recurso.	Realizar la gestión para la adquisición de un tanque de reserva.	Verificación del lavado y desinfección del tanque de acuerdo a la periodicidad establecida en el cronograma, realizar la gestión para la compra de un tanque de reserva, asegurar el estudio de potabilización de agua, verificación del pago mensual del servicio.	TRANSFIERE	SI	Programa ambiental, Formato FRGM-004 Cronograma de mantenimiento Locativo, esquema de contingencia (a quien acudir).	3%	POCO PROBABLE	3	BAJO	9%
16	RIESGO OPERATIVO	Posible interrupción de energía por no pago o arreglos en la zona.	3%	POCO PROBABLE	4	BAJO	12%	Suplir el abastecimiento del recurso.	Realizar la gestión para la adquisición de una planta eléctrica.	Mantenimiento del cableado eléctrico, realizar la gestión para la compra de una planta eléctrica, verificación del pago mensual del servicio, implementación de la jornada de orden y aseo en puesto de trabajo como aprovechamiento del tiempo.	TRANSFIERE	SI	Programa ambiental, Formato FRGM-004 Cronograma de mantenimiento Locativo, esquema de contingencia (a quien acudir).	3%	POCO PROBABLE	3	MODERADO	9%

17	RIESGO OPERATIVO	Posible alteración del orden público, amenaza de bomba, paquete sospechoso o inseguridad en el sector.	3%	POCO PROBABLE	5	BAJO	15%	Ejecución de simulacros.	Participación activa por parte de los empleados al plan de preparación para desastres	Asistencia a simulacros y capacitaciones los cuales permitan a los colaboradores estar preparados para responder ante cualquier siniestro.	ASUME	SI	Actas de nombramiento de brigadista de evacuación y rescate, Otro documento ODHSEQ-012 Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares, esquema de contingencia (a quien acudir).	3%	POCO PROBABLE	3	MODERADO	9%
18	RIESGO NATURAL	Posibles vendavales	3%	POCO PROBABLE	4	MODERADO	12%	Inspecciones locativas	Determinación de fallas en la infraestructura de las sedes	Realizar inspecciones locativas a las sedes de tal manera que se controlen posibles fallas en la infraestructura referentes principalmente a las ventanas o techo que se pueda desprender, tomando las acciones preventivas necesarias y el seguimiento al programa de mantenimiento anual locativo.	ASUME	SI	Formato FRHSEQ-029 Lista de chequeo inspecciones locativas y Formato FRGM- 004 Cronograma de mantenimiento Locativo y las actas de nombramiento de brigadista de evacuación y rescate, Otro documento ODHSEQ-012 Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares, esquema de contingencia (a quien acudir).	3%	POCO PROBABLE	3	BAJO	9%

1.19.3.1.2 Requisitos legales y otros requisitos

Es importante que la organización mantenga la información documentada de sus requisitos legales, los cuales son actualizados de acuerdo a nuevos lineamientos normativos ambientales aplicables, este se describe en el formato *FRHSEQ-004 Matriz de Requisitos legales Unimsalud S.A.S (ANEXO14)*, se pueden identificar en la pestaña ambiental.

1.19.3.1.3 Planificación de acciones

Se realiza la creación del documento *ODPE-027 Matriz de Seguimiento (ANEXO 15)*, se pueden identificar en negrilla, en este se describen las acciones, controles, periodicidad y chequeo de las actividades planeadas y ejecutadas para los riesgos y oportunidades de cada uno de los procesos que componen la empresa.

1.19.3.2 Objetivos ambientales y planificación para lograrlos

1.19.3.2.1 Objetivos ambientales

Se establecen los objetivos ambientales para las funciones y niveles pertinentes de la organización, teniendo en cuenta los aspectos ambientales, riesgos y otros requisitos legales, coherentes con la política. A continuación, se presenta la tabla 39 en la cual se describen los objetivos y su planificación para lograrlos, junto con los indicadores que permiten estimar el grado de cumplimiento del desempeño ambiental.

Tabla 39 Objetivos ambientales. Fuente: Elaboración propia

OBJETIVO AMBIENTALES.	QUE SE VA HACER	RECURSOS	RESPONSABLE	P	EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACION	INDICADOR
Comprometer y capacitar continuamente al personal de la institución, con el fin de involucrarlo en el mejoramiento continuo del sistema de gestión integral para el óptimo desempeño de su puesto de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cronogramas de capacitación ❖ Evaluaciones de desempeño ❖ Eficacia de las acciones correctivas y de mejora generadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recursos financieros ❖ Recursos tecnológicos ❖ Personal idóneo para la gestión de capacitación según las necesidades establecidas en el cronograma. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gerente ❖ Subgerente administrativa ❖ Gerente comercial y de proyectos ❖ Director QHS ❖ Líderes de procesos 	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cronograma de capacitación ❖ Evaluaciones de desempeño ❖ Matriz de seguimiento de acciones correctivas y de mejora. 	❖ <i>KPI 200 Capacitaciones programadas sobre capacitaciones ejecutadas.</i>
Efectuar un programa de mantenimiento continuo a los equipos utilizados en la prestación del servicio para su óptimo funcionamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cronograma de mantenimiento ❖ Calibraciones de equipos ❖ Mantenimiento de equipos ❖ Verificaciones de los equipos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recursos financieros 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gerente ❖ subgerente administrativa 	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cronograma de mantenimiento ❖ Registros de calibraciones y mantenimiento ❖ Realizados ❖ Órdenes de compra 	❖ <i>KPI 201 Programación de mantenimientos planeados sobre mantenimientos ejecutados.</i>

<p>Identificar y controlar los riesgos y peligros existentes en la prestación del servicio, adoptando medidas preventivas y de seguridad a tiempo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Inspecciones equipos, locativas ❖ Verificación de cumplimiento de procedimientos, planes y programas del SG-SST 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recursos financieros ❖ Recursos tecnológicos ❖ Recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gerente ❖ subgerente administrativa ❖ gerente comercial y de proyectos ❖ director QHS ❖ Líderes de procesos ❖ COPASST 	<p>Continuo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Plan de trabajo anual. ❖ Registros de inspecciones ❖ Registros de documentos del SG-SST. ❖ Matriz de peligros ❖ seguimiento acciones correctivas y de mejora 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>KPI 202 Número de inspecciones programadas sobre inspecciones ejecutadas</i>
<p>Identificar, aplicar y verificar el cumplimiento de la legislación Colombiana vigente y de otra índole, enfocada a la prestación de nuestros servicios, seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Verificación al cumplimiento de los requisitos legales vigentes y actualización de la matriz legal. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recursos tecnológicos ❖ Recursos humanos ❖ Recursos locativos ❖ Habilitaciones de servicio 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gerente ❖ subgerente administrativa ❖ Gerente comercial y de proyectos ❖ Director QHS ❖ Líderes de procesos. ❖ Analista de calidad y gestión ambiental. 	<p>Continuo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Matriz legal ❖ Habilitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>KPI 209 Legislación establecida sobre legislación implementada en la organización.</i>

<p>Fomentar las buenas prácticas de consumo, ahorro y uso eficiente de recursos no renovables como el agua potable y la energía eléctrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Implementación de los programas ambientales, control del desempeño ambiental por medio de los resultados de indicadores de gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recursos financieros ❖ Recursos tecnológicos ❖ Recursos humanos ❖ Recursos locativos ❖ Capacitaciones ambientales. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gerente ❖ subgerente administrativa ❖ Gerente comercial y de proyectos ❖ Director QHS ❖ Líderes de procesos. ❖ Analista de calidad y gestión ambiental. 	<p>Continuo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cronograma de capacitaciones ❖ Matriz de indicadores de gestión. ❖ Programas ambientales. ❖ Resultados de eficacia de las capacitaciones ambientales. ❖ Control de consumo diario de agua potable y energía eléctrica. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>KPI 94 Consumo de agua per cápita sede administrativa.</i> ❖ <i>KPI 95 Costo del consumo de agua per cápita sede administrativa.</i> ❖ <i>KPI 96 Valoración de eficiencia hídrica sede administrativa.</i> ❖ <i>KPI 97 Consumo de agua per cápita sede asistencial.</i> ❖ <i>KPI 98 Costo del consumo de agua per cápita sede asistencial.</i> ❖ <i>KPI 99 Valoración de eficiencia hídrica sede asistencial.</i> ❖ <i>KPI 100 Consumo de Energía eléctrica per cápita sede administrativa.</i> ❖ <i>KPI 101 Costo del consumo de Energía eléctrica per cápita sede administrativa.</i> ❖ <i>KPI 102 Valoración de eficiencia energética sede administrativa.</i> ❖ <i>KPI 103 Consumo de Energía eléctrica per cápita sede asistencial.</i> ❖ <i>KPI 104 Costo del consumo de Energía sede asistencial.</i>
--	---	--	--	-----------------	--	---

<p>Sensibilizar a los trabajadores en la importancia de la segregación de residuos sólidos en la fuente, garantizando una adecuada gestión de residuos hospitalarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Inspección de ruta sanitaria, ronda de segregación en la fuente, uso de EPPS, actualización de planos ambientales, venta de residuos aprovechables, capacitaciones de sensibilización ambiental, auditorio e interventorías a gestores externos. ❖ Generación de rotación de documentos archivados. ❖ Capacitaciones referentes a economía circular y programa de las 3 R. ❖ Entrega de contenedores plásticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recursos financieros ❖ Recursos tecnológicos ❖ Recursos humanos ❖ Capacitaciones ambientales. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gerente ❖ Subgerente administrativa ❖ Director QHS ❖ Líderes de procesos. ❖ Analista de calidad y gestión ambiental. 	<p>Continuo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Informe ejecutivo ambiental. ❖ Resultados de indicadores de gestión. ❖ Resultados de eficacia de las capacitaciones ambientales. ❖ Reportes mensuales RH1. ❖ Folletos ❖ Inventario de residuos peligrosos administrativos. ❖ Listas de chequeo. ❖ Lista de asistencia a capacitaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>KPI 80 Destinación para el reciclaje sede administrativa.</i> ❖ <i>KPI 81 Destinación para el reciclaje sede asistencial.</i> ❖ <i>KPI 82 Segregación general en la fuente sede administrativa.</i> ❖ <i>KPI 83 Segregación general en la fuente sede asistencial.</i> ❖ <i>KPI 106 Desactivación de alta eficiencia.</i> ❖ <i>KPI 107 Destinación para incineración.</i> ❖ <i>KPI 108 Destinación para relleno sanitario.</i> ❖ <i>KPI 112 Nivel de recuperación al ambiente sede administrativa.</i> ❖ <i>KPI 113 Nivel de recuperación al ambiente sede asistencial.</i>
---	--	--	--	-----------------	--	--

<p>Promover el desarrollo del programa de orden y aseo, el cual permita mejorar y mantener las condiciones higiénicas en sus áreas de trabajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar inspecciones puesto a puesto evaluando la implementación de la metodología de las 5S, toma de fotografías, capacitaciones del programa orden y aseo, divulgación del protocolo del lavado de manos, rotación de sustancias para realizar el aseo en las áreas, ejecución de actividades estipuladas de acuerdo al cronograma de riesgo biológico. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recursos financieros ❖ Recursos tecnológicos ❖ Recursos humanos ❖ Capacitaciones ambientales. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gerente ❖ Subgerente administrativa ❖ Director QHS ❖ Líderes de procesos. ❖ Analista de calidad y gestión ambiental. 	<p>Continuo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fotografías, videos. ❖ Listas de chequeo. ❖ Informe ejecutivo Ambiental. ❖ Folletos, correos, protocoló de lavado de manos. ❖ Programa de orden y aseo. ❖ Programa sistema de vigilancia epidemiológica riesgo biológico 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>KPI 110 Cumplimiento orden y aseo en puestos de trabajo sede administrativa.</i> ❖ <i>KPI 111 Cumplimiento orden y aseo en puestos de trabajo sede asistencial.</i>
--	--	--	--	-----------------	---	---

<p>Verificar el seguimiento de la ejecución realizada a las actividades ambientales propuestas en el plan anual de trabajo de la organización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificación de aspectos e impactos ambientales 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recursos financieros ❖ Recursos tecnológicos ❖ Recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gerente ❖ Subgerente administrativa ❖ Director QHS ❖ Líderes de procesos. ❖ Analista de calidad y gestión ambiental. 	<p>Continuo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Plan anual de trabajo. ❖ Matriz de Leopold. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>KPI 85 Porcentaje de cumplimiento de actividades planeadas sobre las ejecutadas.</i>
<p>Verificar el estado y cumplimiento de los vehículos de la empresa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Garantizar el cumplimiento de mantenimiento de los vehículos de la empresa. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recursos financieros ❖ Recursos tecnológicos ❖ Recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gerente ❖ Subgerente administrativa ❖ Director QHS ❖ Líderes de procesos. ❖ Analista de calidad y gestión ambiental. 	<p>Continuo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lineamientos del plan estratégico de seguridad vial (PESV). 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>KPI 211 Actividades de mantenimiento programas en el año sobre actividades de mantenimiento ejecutadas.</i>
<p>Evaluar el resultado de la caracterización de aguas residuales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar si se requiere o no permiso de vertimiento, mitigando el impacto que se genera al recurso. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recursos financieros ❖ Recursos tecnológicos ❖ Recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gerente ❖ Subgerente administrativa ❖ Director QHS ❖ Líderes de procesos. ❖ Analista de calidad y gestión ambiental. 	<p>Continuo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Resultado de estudio de caracterización de aguas residuales. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>KPI 212 cumplimiento del seguimiento anual a los vertimientos de aguas residuales.</i>

Es importante mencionar que cada uno de estos indicadores se encuentra a detalle en el documento *ODPE-006 Matriz de indicadores de gestión*.

A modo de ejemplo se describe el formato *FRPE- 003 Indicador de gestión*, el cual especifica la hoja de vida de cada indicador de proceso, Key performance indicator (KPI) 112 Nivel de recuperación al ambiente sede administrativa.

El formato para cada uno de los indicadores de gestión (figura 49) se constituye por los siguientes datos:

- Proceso al que pertenece.
- Responsable.
- Formula.
- Utilidad del indicador
- Frecuencia.
- Fuente de información.
- Meta.
- Nivel de satisfacción.
- Periodo evaluado.
- Gráfica.
- Análisis de resultados (Análisis de causa, análisis de tendencia y acciones propuestas).

Los cuales son diligenciados de acuerdo a la periodicidad establecida para cada uno de ellos.


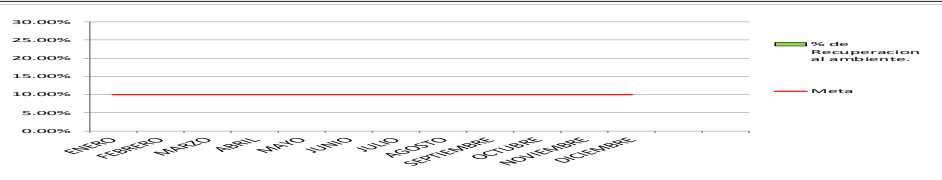
		INDICADORES DE GESTION			CODIGO: FPPE-002	
		GESTION PLANIFICACION ESTRATEGICA			VERSION 2	
					EMISION: 15/05/2019	
					DSG: 1.05.1	
PROCESO		GESTION HSEQ				
INDICADOR		NIVEL DE RECUPERACION AL AMBIENTE- SEDE ADMINISTRATIVA		RESPONSABLE		DIR. GHS -ANALISTA CALIDAD Y GESTION AMBIENTAL
FORMULA		NRA= (arboles talados/arboles recuperados)*100		UTILIDAD DEL INDICADOR		Porcentaje de recuperacion al ambiente, por medio de las SR.
FRECUENCIA		MENSUAL		FUENTE DE INFORMACION		CALCULO DE IMPRESIONES Y RECUPERACION DE ARBOLES POR MES
META		=10		NIVEL DE SATISFACCION		
PERIODO EVALUADO DE:		01/01/2019		A:		31/12/2019
						FECHA DE INFORME
						30/12/2019
RESULTADOS (DATOS)						
PERIODO	ARBOLES TALADOS	ARBOLES RECUPERADOS	% de Recuperacion al ambiente.			
ENERO						
FEBRERO						
MARZO						
ABRIL						
MAYO						
JUNIO						
JULIO						
AGOSTO						
SEPTIEMBRE						
OCTUBRE						
NOVIEMBRE						
DICIEMBRE						
GRAFICA						
						
ANÁLISIS DE RESULTADOS						
PERIODO	META	NIVEL DE SATISFACCION	ANALISIS DE CAUSAS	ANALISIS DE TENDENCIA	ACCIONES PROPUESTAS	
ENERO	=10					
FEBRERO	=10					
MARZO	=10					
ABRIL	=10					
MAYO	=10					
JUNIO	=10					
JULIO	=10					
AGOSTO	=10					
EPTIEMBRE	=10					
OCTUBRE	=10					
NOVIEMBRE	=10					
DICIEMBRE	=10					

Figura 45 Matriz de indicadores de gestión. Fuente: Elaboración propia.

1.19.3.2.2 Planificación de acciones para lograr los objetivos ambientales

De acuerdo a los objetivos mencionados anteriormente, se procedió a realizar la integración de los indicadores ambientales por proceso en el documento *ODPE-006 Matriz de indicadores de gestión (ANEXO 16)*, los cuales se pueden detallar en las pestañas de color azul, a continuación, se presenta un resumen de los indicadores ambientales en la tabla 40.

Tabla 40 Planificación de acciones. Fuente: Elaboración propia.

PROCESO	N° DE INDICADOR	INDICADOR	FORMULA	FRECUENCIA	META	RESPONSABLE	UTILIDAD DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	UNIDAD
G. Planeación estratégica	KPI 84	<u>Segregación en la fuente planeación estratégica</u>	IRA= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual de áreas pertinentes por proceso)/(áreas evaluadas)	mensual	≥390	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Evidenciar el cumplimiento de la segregación en la fuente por área.	Resultados del cálculo de segregación en la fuente	Porcentaje
G. HESQ	KPI 80	<u>Destinación para el reciclaje administrativa</u>	IDR= (Cantidad de residuos Reciclados / Cantidad de residuos generados)*100	mensual	≥32%	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Porcentaje de la cantidad de residuos reciclables	Fuentes de generación y clase de residuo RH1-Media móvil	Porcentaje

	KPI 81	<u>Destinación para el reciclaje asistencial</u>	IDRU= (Cantidad de residuos Reciclados / Cantidad de residuos generados)*100	mensual	$\geq 12\%$	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Porcentaje de la cantidad de residuos reciclables	Fuentes de generación y clase de residuo RH1-Media móvil	Porcentaje
	KPI 82	<u>Segregación general en la fuente administrativa</u>	IRM= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual en toda la sede)/(áreas evaluadas)	mensual	$\geq 90\%$	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Porcentaje de cumplimiento mensual en segregación en la fuente	Histórico del cálculo de segregación en la fuente	Porcentaje
	KPI 83	<u>Segregación general en la fuente asistencial</u>	IRMU= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual en toda la sedes)/(áreas evaluadas)	mensual	$\geq 90\%$	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Porcentaje de cumplimiento mensual en segregación en la fuente	Histórico del cálculo de segregación en la fuente	Porcentaje
	KPI 85	<u>Segregación en la fuente HSEQ</u>	IRA= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual de áreas pertinentes por proceso)/(áreas evaluadas)	mensual	$\geq 90\%$	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Evidenciar el cumplimiento de la segregación en la fuente por área.	Resultados del cálculo de segregación en la fuente	Porcentaje

	KPI 94	<u>Consumo de agua per cápita administrativa</u>	CPD = (Consumo de agua potable diaria en el mes/(suma de trabajadores y visitantes que ingresaron en la sede en el mes)/días reales laborales trabajados en el mes)	mensual	≤ 23 l	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Cuantificar los l consumidos por persona diarios.	control de consumo de agua potable	Litros (l)
	KPI 95	<u>Costo del consumo de agua per cápita administrativa</u>	CCP = \sum (Costo consumo per cápita diario Acueducto)(Costo consumo per cápita diario Alcantarillado)	mensual	\$ 200	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Cuantificar el costo del consumo por persona diario.	control de consumo de agua potable	Pesos (\$)
	KPI 96	<u>valoración de eficiencia hídrica administrativa</u>	VEH = (Dato actual-Dato inicial)/(Dato actual))*100	mensual	$\leq 15\%$	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Valoración del aumento o disminución del consumo hídrico	Control de consumo de agua potable	Porcentaje
	KPI 97	<u>Consumo de agua per cápita asistencial</u>	CPDU =(Consumo de agua potable diaria en el mes/(suma de trabajadores y visitantes que ingresaron en la sede en el mes)/días reales laborales trabajados en el mes)	mensual	$\leq 5,40$ l	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Cuantificar los l consumidos por persona diarios.	Control de consumo de agua potable	Litros (l)

	KPI 98	<u>Costo del consumo de agua per cápita asistencial</u>	CCPU = \sum (Costo consumo per cápita diario Acueducto)(Costo consumo per cápita diario Alcantarillado)	mensual	\leq \$43,00	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Cuantificar el costo del consumo por persona diario.	Control de consumo de agua potable	Pesos (\$)
	KPI 99	<u>Valoración de eficiencia hídrica asistencial</u>	VEHU =(Dato actual- dato anterior)/(dato actual))*100	mensual	\leq 15%	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Valoración del aumento o disminución del consumo hídrico	Control de consumo de energía eléctrica	Porcentaje
	KPI 100	<u>Consumo de energía eléctrica per cápita administrativa</u>	CPD = (Consumo de energía eléctrica diaria en el mes/(suma de trabajadores y visitantes que ingresaron en la sede en el mes)/días reales laborales trabajados en el mes)	mensual	\leq 1,5 KW/H	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Cuantificar los KW/H consumidos por persona diarios.	Control de consumo de energía eléctrica	W/H
	KPI 101	<u>costo del consumo de energía eléctrica per cápita administrativa</u>	CCP = (\sum del consumo de Energía al mes)*(Promedio del costo (\$/px-dia))	mensual	\leq \$760	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Cuantificar el costo del consumo por persona diario.	Control de consumo de energía eléctrica	Pesos (\$)

	KPI 102	<u>Valoración de eficiencia eléctrica administrativa</u>	$VEH = (\text{Dato actual} - \text{dato anterior}) / (\text{dato actual}) * 100$	mensual	$\leq 15\%$	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Valoración del aumento o disminución del consumo Eléctrico	Control de consumo de energía eléctrica	Porcentaje
	KPI 103	<u>Consumo de energía eléctrica per cápita asistencial</u>	CPDU= (Consumo de energía eléctrica diaria en el mes/(suma de trabajadGores y visitantes que ingresaron en la sede en el mes)/días reales laborales trabajados en el mes)	mensual	0,29kw/h	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Cuantificar los KW consumidos por persona diarios.	Control de consumo de energía eléctrica	W/H
	KPI 104	<u>Costo del consumo de energía eléctrica per cápita asistencial</u>	CCPU= (\sum del consumo de Energía al mes)*(Promedio del costo (\$/px-dia)	Mensual	$\geq 15\%$	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Cuantificar el costo del consumo por persona diario.	Control de consumo de energía eléctrica	Pesos (\$)
	KPI 105	<u>Valoración de eficiencia eléctrica asistencial</u>	$VEH = (\text{Dato actual} - \text{dato anterior}) / (\text{dato actual}) * 100$	Mensual	$\geq 15\%$	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Valoración del aumento o disminución del consumo Eléctrico	Control de consumo de energía eléctrica	Porcentaje

	KPI 106	<u>Desactivación de alta eficiencia</u>	IDD = (Cantidad de residuos sometidos a desactivación / Cantidad total de Residuos producidos por el establecimiento) *100	Semestral.	≤ 55	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Porcentaje de residuos destinados a desactivación de alta eficiencia.	Actas de disposición.	Porcentaje
	KPI 107	<u>Destinación para incineración.</u>	IDI= (Cantidad de residuos incinerados /Cantidad total de Residuos producidos por el establecimiento) *100	Semestral.	$\geq 25\%$	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Porcentaje de residuos destinados a Incineración.	Actas de disposición	Porcentaje
	KPI 108	<u>Destinación para relleno sanitario</u>	IDRS= (Cantidad de residuos dispuestos en relleno Sanitario/ Cantidad total de Residuos producidos por el establecimiento) *100	Semestral.	$\geq 30\%$	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Porcentaje de residuos destinados a relleno Sanitario.	Fuentes de generación y clase de residuo RH1-Media móvil	Porcentaje
	KPI 109	<u>Nivel de recuperación al ambiente- sede administrativa</u>	NRA = (árboles talados/arboles recuperados)*100	Mensual	≤ 8	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Porcentaje de recuperación al ambiente, por medio de las 3R.	Calculo de impresiones y recuperación de árboles por mes	Porcentaje
	KPI 113	<u>Nivel de recuperación al ambiente- sede asistencial</u>	NRAU = (árboles talados/arboles recuperados)*100	Mensual	$\geq 12\%$	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Porcentaje de recuperación al ambiente, por medio de las 3R.	Calculo de impresiones y recuperación de árboles por mes	Porcentaje

	KPI 110	<u>Cumplimiento orden y aseo en puestos de trabajo administrativa</u>	COA= (No. Condiciones Cumplimiento positivo /No. Condiciones encontradas Sede administrativa)*100	Mensual	>70%	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Cumplimiento 5S en puestos de trabajo	Informe ejecutivo mensual	Porcentaje
	KPI 111	<u>Cumplimiento orden y aseo en puestos de trabajo asistencial</u>	COAU= (No. Condiciones Cumplimiento positivo /No. Condiciones encontradas Sede asistencial)*100	Mensual	>70%	Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Cumplimiento 5S en puestos de trabajo	Informe ejecutivo mensual	Porcentaje
	KPI 211	<u>Verificar el estado y cumplimiento de los vehículos de la empresa.</u>	VE= (Actividades de mantenimiento programas en el año)/ (actividades de manteamiento ejecutadas)*100	Semestral		Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Aseguramiento del cumplimiento de las actividades de mantenimiento de los vehículos.	Inspecciones trimestrales a los vehículos.	Porcentaje
	KPI 212	<u>Evaluar el resultado de la caracterización de aguas residuales.</u>	AR= (programación del seguimiento anual a los vertimientos de aguas residuales)/(cumplimiento del seguimiento anual a los vertimientos de la empresa)* 100	Anual		Dir. QHS - Analista de calidad y gestión ambiental	Seguimiento a los vertimientos generados y cumplimiento de la norma.	Resultado de la caracterización de las aguas residuales.	Porcentaje

G. Comercial	KPI 86	<u>Segregación en la fuente gestión comercial</u>	IRA= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual de áreas pertinentes por proceso)/(áreas evaluadas)	Mensual	>90% ≥1	Dir. QHS – Directora comercial	Evidenciar el cumplimiento de la segregación en la fuente por área.	Resultados del cálculo de segregación en la fuente	Porcentaje
G. Proyectos	KPI 87	<u>Segregación en la fuente gestión proyectos</u>	IRA= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual de áreas pertinentes por proceso)/(áreas evaluadas)	Mensual	>90% ≥1	Dir. QHS – Directora de proyectos	Evidenciar el cumplimiento de la segregación en la fuente por área.	Resultados del cálculo de segregación en la fuente	Porcentaje
G. De servicio Unidad fija.	KPI 88	<u>Segregación en la fuente gestión de servicio unidad fija</u>	IRA= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual de áreas pertinentes por proceso)/(áreas evaluadas)	Mensual	>90% ≥1	Dir. QHS – Director medico	Evidenciar el cumplimiento de la segregación en la fuente por área.	Resultados del cálculo de segregación en la fuente	Porcentaje
G. De servicio Extramural	KPI 112	<u>Segregación en la fuente gestión de servicio unidad extramural</u>	IRA= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual de áreas pertinentes por proceso)/(áreas evaluadas)	Mensual	>90% ≥1	Dir. QHS – Directora de extramural	Evidenciar el cumplimiento de la segregación en la fuente por área.	Resultados del cálculo de segregación en la fuente	Porcentaje

G. De servicio nacional	KPI 89	<u>Segregación en la fuente gestión de servicio nacionales</u>	IRA= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual de áreas pertinentes por proceso)/(áreas evaluadas)	Mensual	>90% ≥1	Dir. QHS – Coordinadora de nacionales	Evidenciar el cumplimiento de la segregación en la fuente por área.	Resultados del cálculo de segregación en la fuente	Porcentaje
G. De asesoría, asistencia técnica y capacitaciones.	KPI 90	<u>segregación en la fuente gestión asesoría, asistencia técnica y capacitaciones</u>	IRA= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual de áreas pertinentes por proceso)/(áreas evaluadas)	mensual	>90% ≥1	Dir. QHS - analista calidad y gestión ambiental	Evidenciar el cumplimiento de la segregación en la fuente por área.	resultados del cálculo de segregación en la fuente	Porcentaje
G. Humana	KPI 91	<u>segregación en la fuente gestión humana</u>	IRA= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual de áreas pertinentes por proceso)/(áreas evaluadas)	mensual	>90% ≥1	Dir. QHS - analista calidad y gestión ambiental	Evidenciar el cumplimiento de la segregación en la fuente por área.	resultados del cálculo de segregación en la fuente	Porcentaje
G. Administrativa y compras	KPI 92	<u>segregación en la fuente gestión administrativa-compras</u>	IRA= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual de áreas pertinentes por proceso)/(áreas evaluadas)	mensual	>90% ≥1	Dir. QHS - analista calidad y gestión ambiental	Evidenciar el cumplimiento de la segregación en la fuente por área.	resultados del cálculo de segregación en la fuente	Porcentaje

<p>G. De mantenimiento</p>	<p>KPI 93</p>	<p><u>segregación en la fuente gestión administrativa-mantenimiento</u></p>	<p>IRA= (Promedio de la suma del porcentaje de cumplimiento mensual de áreas pertinentes por proceso)/(áreas evaluadas)</p>	<p>mensual</p>	<p>≥ 90%</p>	<p>Dir. QHS - analista calidad y gestión ambiental</p>	<p>Evidenciar el cumplimiento de la segregación en la fuente por área.</p>	<p>resultados del cálculo de segregación en la fuente</p>	<p>Porcentaje</p>
----------------------------	----------------------	---	---	----------------	--------------	--	--	---	-------------------

Los indicadores de gestión son de gran utilidad para evaluar el grado de cumplimiento del desempeño ambiental para el sistema, sin embargo, en caso de que no se cumpla con las metas establecidas se debe llevar a cabo lo estipulado en el procedimiento ***PRHSEQ- 002 Procedimiento acciones correctivas, preventivas y de mejora***, con la finalidad de analizar las observaciones y no conformidades, investigar las causas posibles que las originaron e identificar las acciones de mejora necesarias para la eliminación de su recurrencia o incidencia, así como el mecanismo a aplicar para el control y seguimiento de las correcciones, acciones preventivas y correctivas.

1.19.4 Apoyo

1.19.4.1 Recursos

Se procedió a planear y determinar los recursos necesarios y básicos que requiere la empresa para el correcto funcionamiento, mantenimiento y futura certificación del SGA, lo anterior se describe en el documento ***ODPE-019 Presupuesto del SGI (ANEXO 17)***.

A continuación, se refieren los aspectos ambientales a incluir en el presupuesto del año 2020:

1. Documentación integral.
2. Capacitaciones internas ambientales.
3. Auditorias e inspecciones.
4. Programa de gestión integral de residuos sólidos.
5. Programa de control locativo.
6. Programa de ahorro y uso eficiente de agua potable y energía eléctrica.
7. Programa de control de emisiones atmosféricas.
8. Programa de control de vertimiento de aguas domésticas.
9. Programa de orden y aseo.
10. Señalización ambiental.
11. Entrega de EPPs y dotación.
12. Implementación de tecnologías limpias

1.19.4.2 Competencias

El proceso de Gestión humana vela por la adecuada selección de empleados garantizando la idoneidad de cada persona que ingresa a la institución, asegurándose de sus competencias, hoja de vida, bases educativas, formación y experiencia.

Además, se realiza la validación de la información suministrada mediante visita domiciliaria para asegurar la veracidad de la documentación del trabajador.

Es preciso señalar que se encarga de socializar el documento *ODGH-018 Manual de funciones por cargo* mencionado anteriormente, en el cual se estipulan las funciones y responsabilidades de cada uno de los colaboradores por cargo, es importante indicar que la empresa conserva la información documentada, como evidencia de la competencia.

Se actualiza el documento teniendo en cuenta las políticas y lineamientos en materia de gestión ambiental, los cuales son de estricto cumplimiento por parte de todos los trabajadores de la organización.

Además con el apoyo del proceso HSEQ, manejan el documento *Matriz de necesidades de entrenamiento y capacitaciones*, el cual permite realizar el seguimiento y soporte de dichas actividades, con base en los siguientes 3 objetivos:

- Base de datos que permita registrar e identificar el personal que asiste a las capacitaciones o entrenamientos.
- Identificación de acciones que permiten evaluar el grado de conocimiento adquirido.
- Representatividad de conocimiento adquirido por área.

Igualmente se maneja el formato *FRGH-005 Cronograma de capacitaciones*, en este se establece, el tema a tratar, el objetivo, la duración de la actividad, el lugar, la dirección, la hora, persona a quien va dirigido, responsable, los recursos a implementar y las fechas de participación, ofrecidas por diferentes organizaciones como: El programa positiva Educa (ARL), Secretaria distrital de Salud, Gestores Externos y el Plan de Reinversión; apoyando el incremento de los

conocimientos en los trabajadores constantemente, según su requerimiento. Se actualizo el cronograma teniendo en cuenta los temas ambientales fundamentales para la organización.

1.19.4.3 Toma de conciencia

Con la planeación de las capacitaciones ambientales, se pretende en primer lugar que el personal adquiera nuevos conocimientos, dando respuesta a los requisitos legales aplicables, mitigación de aspectos ambientales significativos, impactos ambientales reales o potenciales entre otros, como segunda medida se pretende lograr un cambio de hábitos en los colaboradores enfocados a procesos de desarrollo sostenible, velando por el bienestar, la salud y la preservación de los recursos naturales.

Dando cumplimiento al apartado N° 2 de la resolución 1164 de 2002 se establece un programa de formación y educación en el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares, además se contemplan temas ambientales dando apoyo a los programas ambientales generales establecidos en la tabla 41.

Tabla 41 Toma de conciencia. Fuente: Elaboración propia.

TEMAS ESPECIFICOS	TEMAS GENERALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de elementos de protección personal (EPPS). 2. Técnicas de limpieza y desinfección. 3. Información sobre infecciones, formas de transmisión de enfermedades y vías de acceso de microorganismos. 4. Política Ambiental del SGA. 5. Entrenamiento en los procedimientos de manejo interno de residuos. 6. Manejo adecuado de las soluciones desinfectantes (hipoclorito de sodio). 7. Cumplimiento de Rutas sanitarias. 8. Bioseguridad durante el manejo de residuos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Legislación ambiental y sanitaria vigente 2. Divulgación del plan de gestión de residuos 3. Riesgos ambientales y sanitarios por el inadecuado manejo de los residuos. 4. Seguridad industrial y salud ocupacional. 5. Conocimiento del comité GAGAS y responsabilidades asignadas. 6. Ahorro de recursos no renovables, energía eléctrica y agua potable. 7. Programa de las 3 R.

<ol style="list-style-type: none"> 9. Manejo de residuos RAEES. 10. Manejo de tecnologías limpias. 11. Plan de contingencia. 12. Impactos generados sobre el medio ambiente. 13. Segregación de residuos. 14. Manipulación de alimentos. 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Normas de higiene, Bioseguridad.
--	---

Los medios de comunicación se deben realizar por:

- Charlas grupales con proyector.
- Folletos.
- Internet
- Talleres prácticos
- Información vía correo electrónico

Como evidencia de las actividades efectuadas, es necesario realizar la solicitud de las memorias y el diligenciamiento del formato **FRGH-006 Listado de asistencia formación y entrenamiento**, además de los siguientes 2 documentos el **ODGH-015 Eficacia de la capacitación, inducción, re inducción o entrenamiento** y **ODGH-014 Evaluación de la capacitación**, a continuación, se presentan los documentos en mención (figura 50, 51 y 52).


	EVALUACIÓN DE LA CAPACITACION						CODIGO: ODGH-014
							VERSION: 1
	EMISION: 30/08/2019						
	Pag.: 1 de 1						
GESTION HUMANA							
<p>Es para nosotros de gran importancia su opinión y contar con sus aportes para el perfeccionamiento de este servicio. A continuación, usted tendrá la oportunidad de evaluar algunos aspectos. Califique de 1 a 5, de acuerdo a su grado de satisfacción, donde 5 es el máximo puntaje y 1 el mínimo, si usted califica algún ítem por debajo de 3 por favor especifique el</p>							
ASPECTOS ACADÉMICOS	CALIFICACIÓN						
	1	2	3	4	5	N/A	
CONTENIDO DEL CURSO							
Actualidad de la información							
Aplicabilidad de los contenidos							
CONFERENCISTA							
Conocimiento y dominio del tema							
Capacidad para comunicarse							
Metodología aplicada							
Aprovechamiento del tiempo							
ORGANIZACIÓN LOGÍSTICA							
Calidad de ayudas audiovisuales							
Calidad y diseño del material de apoyo							
Cumplimiento del horario							
Atención recibida por el personal organizador							
Nivel general de satisfacción frente a la capacitación							
OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS CON RESPECTO A LA CAPACITACIÓN REALIZADA:							

Figura 48 Evaluación y capacitación. Fuente: Elaboración propia

1.19.4.4 Comunicación

1.19.4.4.1 Generalidades

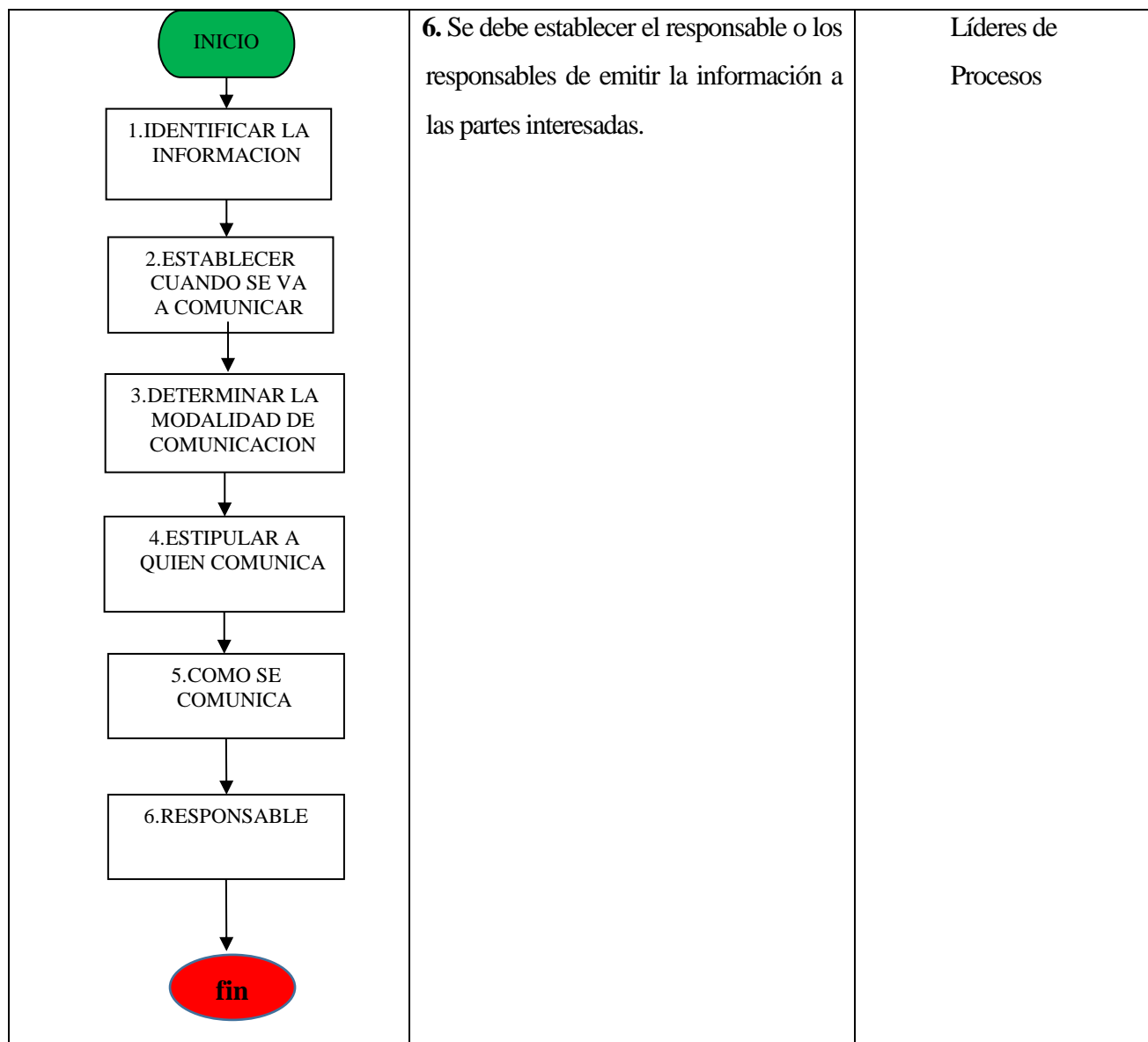
La organización establece, implementa y mantiene los procesos necesarios para las comunicaciones tanto internas como externas en los procesos, en donde se tiene en cuenta que se va a comunicar, cuando se va a comunicar, a quien se le va a comunicar y como se comunicara la información entre las áreas; se tiene la finalidad de asegurar que la información sea coherente y fiable a través del SGI, dicha información se contempla por proceso en el documento **ODPE-022 matriz de comunicación interna y externa**.

Además se emplea el procedimiento **PRHSEQ-010 Procedimiento para comunicaciones, participación y consulta**, con el objetivo de asegurar que los empleados y otras partes interesadas reciben y comunican información coherente incluyendo temáticas ambientales dentro de los temas de comunicación actuales, los mecanismos para la participación de los empleados, contratistas, visitantes, clientes, comunidad, entidades, y demás partes interesadas, para definir los procesos de consulta de los trabajadores, los representantes del sistema de gestión integral y la persona designada por la dirección.

A continuación, se describe en la tabla 42 el flujo de actividades en donde refiere los procesos de comunicación en la empresa:

Tabla 42 Proceso de comunicación Unimsalud. Fuente: Elaboración propia.

<u>PROCESO</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>RESPONSABLE</u>
	1. Se identifica la información que se comunica desde el ámbito interno y externo en cada uno de los procesos.	Líderes de Procesos
	2. Establecer los momentos en que se genera la emisión de la comunicación a las partes interesadas.	Líderes de Procesos
	3. Se determina la modalidad de comunicación que se va a generar a las partes interesadas de la información identificada.	Líderes de Procesos
	4. De acuerdo a la información emitida, se estipula a quien va dirigida.	Líderes de Procesos
	5. Se identifica el medio por el que se va a generar la emisión de la información a las partes interesadas.	Líderes de Procesos



1.19.4.4.2 Comunicación interna

La comunicación dentro de los niveles y funciones de la organización busca facilitar información apropiada en el SGI, motivando y fomentando la aceptación de los esfuerzos de la organización para mejorar el desempeño de los colaboradores.

De acuerdo a los medios de comunicación estos se realizan por correo electrónico principalmente, además de la intervención en los siguientes temas:

- En la identificación de riesgos y peligros el personal participa mediante el reporte de actos y condiciones inseguras, también participan en la encuesta de valoración e identificación de peligros en el medio en el que desarrollan sus actividades, por medio del formato ***FRHSEQ- 036 Encuesta de valoración e identificación de peligros.***
- El personal de la empresa que recibe la inducción o Re-inducción en el SGA debe aplicar en su puesto de trabajo y en sus actividades rutinarias, no rutinarias y cotidianas los lineamientos y direccionamiento que se ha establecido en el marco del cumplimiento de la política, también se reportan las condiciones y actos inseguros, dando uso al formato ***FRHSEQ- 030 Tarjeta de observaciones.***
- Adicionalmente en las reuniones con el personal de la organización se informará sobre los casos más relevantes y las acciones tomadas para permitir la retroalimentación en la organización como una lección aprendida.

1.19.4.4.3 Comunicación externa

De acuerdo a la complejidad de la situación presentada, el director HSEQ calificará según el criterio establecido en el procedimiento, así como los tiempos para responder formalmente la Novedad (tabla 43).

Tabla 43 Clasificación tipo de gravedad. Fuente: Elaboración propia.

Gravedad	Tiempo de pronta respuesta (días hábiles)	Tiempo de respuesta formal (días hábiles)
ALTA	1	3
MEDIA	2	5
BAJA	3	15

La comunicación en el ámbito externo asegura que la información en lo relativo a la prestación del servicio, consultas y peticiones de partes interesadas sea eficaz, con el fin de lograr el cumplimiento de los requerimientos exigidos, los mecanismos de comunicación externa se han definido para UNIMSALUD S.A.S en el procedimiento ***PRHSEQ-006 Atención y tratamiento de quejas, reclamos, sugerencias y peticiones*** y se describirán a continuación:

A. Repuestas a quejas y reclamos asociados al SGA:

Es responsabilidad de todas las personas de la organización recibir las sugerencias, quejas y reclamos, e informarlas mediante correo o formato ***FRHSEQ-021 Novedades del Servicio*** (medio físico o correo electrónico) al Director HSEQ, quien a su vez informará al líder del proceso para determinar las causas y proponer soluciones a las mismas, junto con su equipo de trabajo si así se requiere.

El director HSEQ es el responsable de actualizar el formato ***FRHSEQ-022 Consolidado de Queja y Reclamos***, asegurando el tratamiento y control del estado de seguimiento y cierre de las PQR, finalmente se debe diligenciar la herramienta ***FRHSEQ-012 Formato Reporte de Mejoramiento*** para:

- Identificar las causas inmediatas o raíces que le dieron origen
- Establecer las acciones pertinentes para corregirlo
- Darle tratamiento oportuno (según complejidad de la queja)

- Asignar un responsable para la ejecución de las acciones
- Definir la fecha en la que se ejecutará el tratamiento.
- Relacionar la fecha en la que se ejecutó el tratamiento.

En la tabla 44, se establece la forma de clasificación del tipo de gravedad presentado ante la novedad recibida:

Tabla 44 Clasificación tipo de gravedad. Fuente: Elaboración propia.

EFFECTO DE LA NOVEDAD	GRAVEDAD
¿Hay incumplimiento legal o de otra índole?	ALTA
¿Hay pérdida potencial del cliente?	ALTA
¿Afecta directamente al usuario?	MEDIA
¿Afecta a un proveedor o parte interesada?	MEDIA
¿Afecta el desempeño del Sistema de Gestión Integral?	BAJA
¿Afecta el desempeño de un proceso específico?	BAJA

B. Información general de la Organización (misión, visión, políticas, objetivos, organigrama, etc.):

La retroalimentación de la información del sistema de gestión ambiental con las partes interesadas es efectuada mediante el formato **FRCO-008 Evaluación y reevaluación de proveedores**), en el cual se evalúa la calidad del bien y/o servicio, tiempos de entrega, formas de pagos y cumplimiento.

De igual manera se solicita a los proveedores los siguientes documentos, evidenciado en el formato **FRCO- 007 Registro de proveedores**

- Actas de Disposición de Residuos Peligrosos.

- Licencias Ambientales de los gestores de residuos.
- Certificación del Sistema de Gestión Ambiente
- Certificados de calibración y mantenimiento de equipos.
- Programa de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHYS).

1.19.4.5 Información documentada

1.19.4.5.1 Generalidades

Dando solución a los requerimientos solicitados por el numeral, se actualizó el procedimiento *PRHSEQ-001 Administración documental*, enfocado al control, elaboración, modificación y eliminación de los documentos requeridos por el SGA, así como también la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, retención y disposición de los registros.

Es importante mencionar la clasificación de los documentos del sistema de acuerdo a su responsabilidad y control, en la figura 53 se procede a definir los 5 niveles de documentos de acuerdo a su importancia para la empresa.

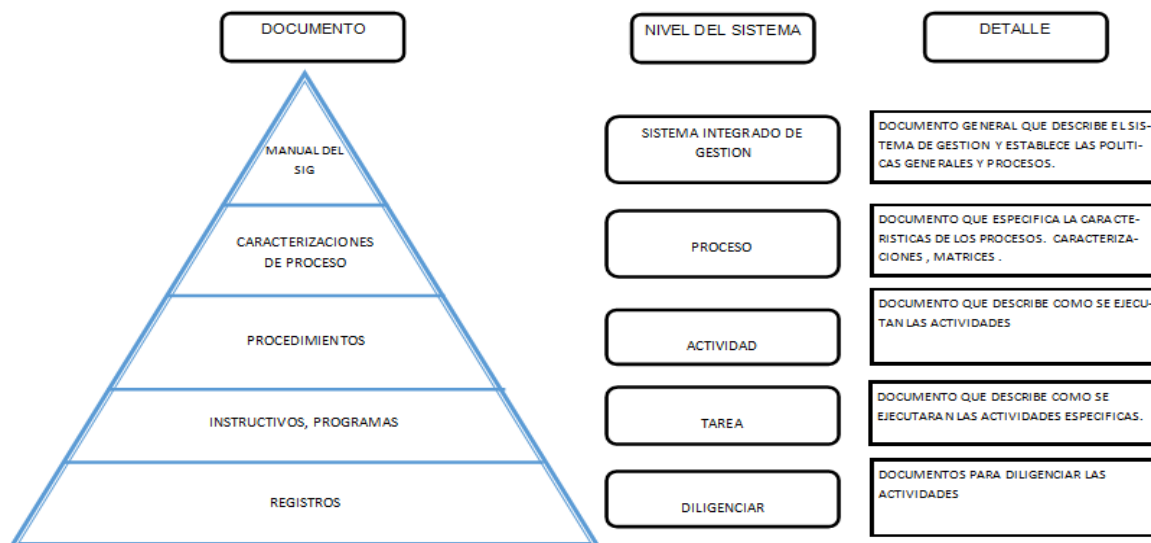


Figura 49 Clasificación de los documentos dentro del sistema.

Por otra parte, la codificación de la documentación del SGA, puede cambiar según el contenido del documento, el encabezado ubicado en la parte superior se mantiene y se evidencia en la figura 54.

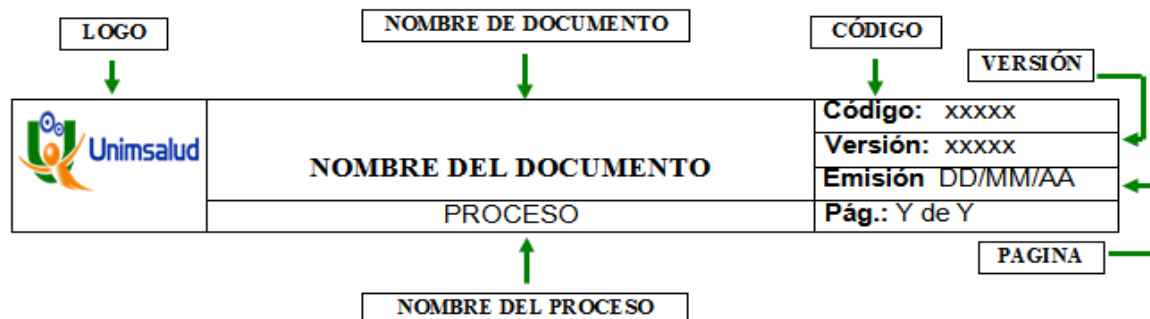


Figura 50 Codificación de la documentación SGA.

- Logo: Imagen institucional de UNIMSALUD S.A.S.
- Nombre Del Documento: Título del documento en mayúscula, negrilla y centrado.
- Nombre Del Proceso: Proceso que hace parte el documento en mayúscula y centrado.
- Código: Codificación del documento él se define como se muestra en la tabla.
- Versión: A partir del número 1

Por otra parte se describe a continuación en las tablas 45, 46 y 47, las siglas correspondientes a los procesos y documentos de la organización:

Tabla 45 Codificación. Documentos.

PR	PE	001	PRPE-001
Tipo de Documento	Proceso al que Pertenece	Consecutivo	Ejemplo

Tabla 46 Codificación documentación SGA.

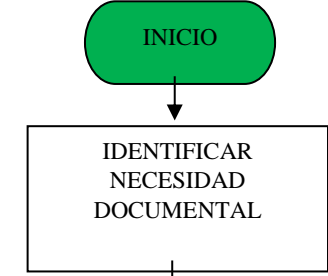
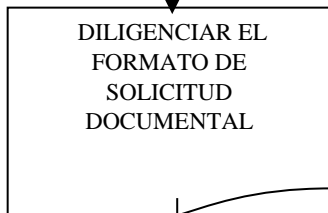
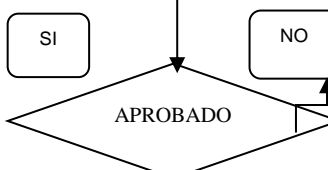
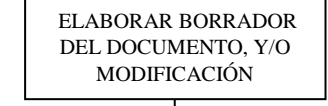
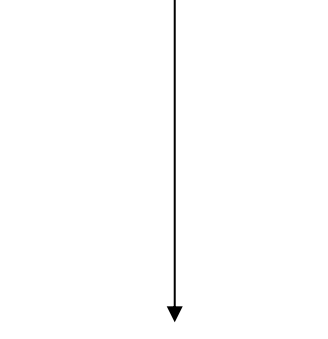
Nombre del proceso	Inicial
Gestión Planificación Estratégica	PE
Gestión Comercial y de Proyectos	Gestión comercial GC, Gestión de proyectos GP.
Gestión Servicio	Servicio Unidad fija UF, Servicio unidad extramural SE, Servicio nacional SN
Gestión asesoría, asistencia técnica y capacitaciones.	AATC
Gestión HSEQ	HSEQ
Gestión Mantenimiento	GM
Gestión Compras	GC

Tabla 47 Codificación documentación SGA.

Tipo del documento	Inicial
Procedimiento	PR
Formato	FR
Instructivo	IN
Plan	PL
Otros Documentos	OD

Finalmente se representa en la tabla 48 las actividades necesarias para la eficacia del control de la información documentada del SGA.

Tabla 48 Eficacia del control de la información documentada del SGA.

PROCESO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
	<p>1. Poner en consideración del equipo de trabajo y/o responsable del proceso el documento a elaborar, modificar o eliminar, se debe revisar su conveniencia.</p>	LIDERES DE PROCESO
	<p>2. Para crear, modificar o eliminar un documento, diligencie el Formato <i>FRHSEQ-001 solicitud elaboración, modificación o anulación de documentos</i>, describir la creación, modificación y/o anulación del documento requerida.</p>	LIDERES DE PROCESO
	<p>3. Si la solicitud es negada, se le da fin a este proceso. La aprobación es sustentada en el recuadro de las observaciones indicando la no autorización en el formato <i>FRHSEQ-001 solicitud elaboración, modificación o anulación de documentos</i>.</p>	DIRECTOR QHS
	<p>4. Si el documento se va a crear ó modificar, el responsable del proceso o la persona interesada, elabora el borrador, enviándolo al Director QHS para la revisión del documento de acuerdo a las directrices de este Procedimiento.</p>	LIDERES DE PROCESO
	<p>5. Cuando el documento este con los ajustes pertinente se realizará la verificación y ajustes de la creación y cambio del documento. El responsable del proceso debe asignar la(s) persona(s) que debe(n) intervenir en la elaboración, modificación y/o eliminación del documento o registro, teniendo en cuenta que sea(n) quien(es) más conoce(n) la</p>	DIRECTOR QHS

<pre> graph TD A[Revisión y validación de los documentos registros] --> B[APROBACIÓN DEL DOCUMENTO] B --> C[ACTUALIZAR LISTADOS DE DOCUMENTO Y/O REGISTROS] C --> D[COMUNICACIÓN DE LOS CAMBIOS] D --> E([FIN]) </pre>	<p>actividad. Una vez el documento esté listo para la revisión se debe cambiar la versión.</p>	
	<p>6. Una vez elaborado el documento el Director QHS realiza la revisión con el fin de garantizar que el documento quede acorde con los requisitos de este procedimiento. Se verifica código, versión, emisión.</p> <p><u>Nota:</u> Los documentos del proceso Gestión HSEQ deberán ser autorizados por el director HSEQ y aprobados solo por la Gerencia General.</p>	<p>DIRECTOR QHS LIDERES DE PROCESO</p>
	<p>7. La aprobación del documento se dará una vez se haya revisado autorizado por el Director QHS y Aprobado por la gerente en el formato <i>FRHSEQ-001 Elaboración, modificación o anulación de documentos.</i> Con el código versión y fecha de emisión nueva, posteriormente se monta en la carpeta compartida designada para el proceso involucrado; para facilitar su consulta.</p>	<p>DIRECTOR QHS GERENTE</p>
	<p>8 Se realiza la actualización del <i>FRHSEQ-002 Listado maestro de documentos y registros.</i></p>	<p>DIRECTOR QHS</p>
	<p>9. En el ítem 3 partes interesadas del formato <i>FRHSEQ-001 Solicitud elaboración, modificación o anulación de documentos,</i> se deja la evidencia de la comunicación y los cambios a las partes interesadas sobre los cambios generados a nivel documental, y socialización.</p>	<p>DIRECTOR QHS LIDERES DE PROCESO</p>

1.19.4.5.2 Creación y actualización

Respecto al proceso de creación y actualización documental se mantiene la metodología actual para la elaboración de la documentación necesaria dando cumplimiento del desarrollo del SGA, utilizando el formato *FRHSEQ-001 Solicitud elaboración, modificación o anulación de documentos y registros*, para su diligenciamiento es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Nombre y cargo Solicitante
- Nombre del documento
- Fecha De Solicitud
- Tipo de cambio documental
- Describa la razón de la elaboración, modificación o anulación del documento

Finalmente, al ser aprobado por las partes interesadas se debe diligenciar la fecha de aprobación y la persona que autoriza, para ingresar el documentó a la carpeta de compartido, este documento es la evidencia del cambio de versiones.

1.19.4.5.3 Control de la información documental

A continuación, se precedió a actualizar el formato *FRHSEQ- 002 Listado maestro de documentos*, incluyendo la documentación necesaria para cumplir los lineamientos del SGA; este documento funciona como herramienta de consulta, en este listado se actualiza cada uno de los cambio de versión de la documentación del Sistema de Gestión integral, así como ubicaciones e identificación de la vigencia documental de la información.

Se mencionan los documentos de acuerdo a la clasificación descrita en la pirámide de documentos del SGA, su respectivo código, nombre, fecha de emisión, versión, ubicación, responsable, almacenamiento, recuperación, tipo de retención y disposición para su apropiación y control.

En la figura 55, se menciona un ejemplo del listado maestro de documentos para el proceso de servicio extramural.

Unimsalud		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS Y REGISTROS										Código: FRHSEQ-002
		GESTION HSEQ										Versión: 3
												Emission: 13/05/2019
												Pág. 1 de 1
FECHA ACTUALIZACIÓN 16/05/2019												
CÓDIGO	NOMBRE	FECHA DE EMISIÓN	VERSIÓN	UBICACIÓN	RESPONSABLE	ALMACENAMIENTO	RECUPERACIÓN	TIEMPO DE RETENCIÓN			DISPOSICIÓN	
PROCEDIMIENTOS												
PRSE-001	PRESTACIÓN DE SERVICIO EXTRAMURAL	16/05/2019	12	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	COORDINADOR DE SERVICIO EXTRAMURAL	OFICINA COORDINACIÓN DE MÓVILES	DIRECTOR HSEQ	X				ELIMINACIÓN
PRSE-002	ELABORACIÓN DE INFORMES DE EVJIMENES PERIÓDICOS, OCUPACIONALES Y/O SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	15/04/2019	9	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	COORDINADOR DE INFORMES	OFICINA COORDINACIÓN DE INFORMES	DIRECTOR HSEQ	X				ELIMINACIÓN
INSTRUCTIVOS												
NSE-001	INSTRUCTIVO A PACIENTES SERVICIO EXTRAMURAL	13/04/2016	0	MÓVILES	COORDINADOR DE SERVICIO EXTRAMURAL	OFICINA COORDINACIÓN DE MÓVILES	DIRECTOR HSEQ	X				ELIMINACIÓN
NSE-002	INSTRUCTIVO PARA ASESORACIÓN DE CONSULTORIOS DE SERVICIO EXTRAMURAL EN EMPRESAS	26/07/2017	1	MÓVILES	COORDINADOR DE SERVICIO EXTRAMURAL	OFICINA COORDINACIÓN DE MÓVILES	DIRECTOR HSEQ	X				ELIMINACIÓN
NSE-003	ELABORACIÓN DE INFORMES DE CONDICIONES DE SALUD	13/04/2016	3	INFORMES	COORDINADOR DE INFORMES	OFICINA COORDINACIÓN DE INFORMES	DIRECTOR HSEQ	X				ELIMINACIÓN
NSE-004	INSTRUCTIVO DE MONTAJE Y TRASLADO DE LA UNIDAD TIPO REMOLQUE	22/12/2018	1	MÓVILES	COORDINADOR DE SERVICIO EXTRAMURAL	OFICINA COORDINACIÓN DE MÓVILES	DIRECTOR HSEQ	X				ELIMINACIÓN
FORMATOS												
FRSE-002	LISTA DE CHEQUEO REALIZACIÓN DE SERVICIO EXTRAMURAL OSIVE	08/03/2019	1	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	COORDINADOR DE SERVICIO EXTRAMURAL	OFICINA COORDINACIÓN DE MÓVILES	DIRECTOR DE SERVICIO EXTRAMURAL	X				ELIMINACIÓN
FRSE-003	REGISTRO DIARIO ADMINISTRACIÓN SERVICIO EXTRAMURAL	13/04/2016	0	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	ASISTENTE DE MÓVILES, COORDINADOR DE MÓVILES	PAQUETE DE HISTORIA CLÍNICA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	X				ELIMINACIÓN
FRSE-005	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO	11/02/2019	3	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	COORDINADOR DE SERVICIO EXTRAMURAL	OFICINA COORDINACIÓN DE MÓVILES	DIRECTOR DE SERVICIO EXTRAMURAL	X				ELIMINACIÓN
FRSE-006	ANEJO ENFASIS OSTEO MUSCULAR	13/04/2016	0	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	MEDICO ESPECIALISTA	HISTORIA CLINICA	DIRECCIÓN CIENTIFICA					
FRSE-007	ANEJO CARDIOVASCULAR	13/04/2016	0	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	MEDICO ESPECIALISTA	HISTORIA CLINICA	DIRECCIÓN CIENTIFICA					
FRSE-008	ANEJO DERMATOLOGICO	13/04/2016	0	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	MEDICO ESPECIALISTA	HISTORIA CLINICA	DIRECCIÓN CIENTIFICA					
FRSE-009	ANEJO RESPIRATORIO	13/04/2016	0	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	MEDICO ESPECIALISTA	HISTORIA CLINICA	DIRECCIÓN CIENTIFICA					
FRSE-010	ANEJO TRABAJO ALTURAS	13/04/2016	0	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	MEDICO ESPECIALISTA	HISTORIA CLINICA	DIRECCIÓN CIENTIFICA					
FRSE-012	REGISTRO DIARIO DE AUDIOMETRÍA LABORAL	13/04/2016	1	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	FONOAUDIÓLOGOS	CONTABILIDAD, CUENTA DE COBRO	ASISTENTE DE CONTABILIDAD	X				ARCHIVO CENTRAL
FRSE-013	REGISTRO DIARIO DE ELECTROCARDIOGRAMA	13/04/2016	0	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	TERAPEUTAS RESPIRATORIOS	CONTABILIDAD, CUENTA DE COBRO	ASISTENTE DE CONTABILIDAD	X				ARCHIVO CENTRAL
FRSE-014	REGISTRO DIARIO ESPRIMETRÍA LABORAL	13/04/2016	0	INTRANET/ÁREA DE MÓVILES	TERAPEUTAS RESPIRATORIOS	CONTABILIDAD, CUENTA DE COBRO	ASISTENTE DE CONTABILIDAD	X				ARCHIVO CENTRAL

Figura 51 Listado maestro de documentos y registro.

1.19.4.6 Preparación y respuesta ante emergencias

Por otra parte es de vital importancia que la organización cuente con un plan de contingencia el cual permita obtener una respuesta rápida en caso de emergencias por este motivo, se describe a continuación, como se debe actuar ante cualquier tipo de urgencia que se presenten en las sedes a nivel ambiental.

RUPTURA DE BOLSA DE RESIDUOS PELIGROSOS

- ✓ Se separará el área delimitándola.
- ✓ Se colocan las barreras de protección personal y se traspasan a otra bolsa.
- ✓ Colocar nuevamente la bolsa dentro del recipiente.
- ✓ Descontaminar el sitio con una solución con hipoclorito de sodio a 5.000 ppm para realizar la desinfección, se deja actuar de 15 a 20 minutos, se retira con agua y se deja secar al ambiente.
- ✓ Realizar lavado de manos.

DERRAME DURANTE EL TRASNPORTE INTERNO DE RESIDUOS SOLIDOS

- ✓ Recoger los residuos con elementos de protección personal.
- ✓ Depositar los residuos en otra bolsa y sellada.
- ✓ Desinfectar con hipoclorito a 10.000 ppm.
- ✓ Desinfectar los elementos utilizados en el proceso.
- ✓ Realizar lavado de manos.

DERRAMES DE LIQUIDOS

- ✓ Realizar lavado de manos.
- ✓ Hacer uso de los elementos de protección personal.
- ✓ Colocar gelidificante sobre el derrame o papel absorbente.

- ✓ Aplicar hipoclorito de sodio a 10.000 ppm por 10 minutos.
- ✓ Depositar el residuo en bolsa roja y sellarla.
- ✓ Desinfectar el área con hipoclorito de sodio a 10.000 ppm por 20 minutos.
- ✓ Desinfectar todos los utensilios.

INUNDACIONES

- ✓ Realizar lavado de manos.
- ✓ Utilizar elementos de protección personal.
- ✓ Retirar inmediatamente los residuos, ubicándolo en lugares secos, seguro.
- ✓ Señalizar área donde se ubicaron los residuos.
- ✓ Avisar a la empresa de servicio público Especial de aseo, autoridad ambiental y Secretaria de Salud, en caso de no poder controlar la inundación.
- ✓ Una vez sea posible (superada la emergencia se pueden llevar los residuos al lugar correspondiente), retirar los residuos hospitalarios y desinfectar las áreas.

DERRAME DE CORTOPUNZANTES

- ✓ Realizar lavado de manos
- ✓ Colocarse las barreras de protección personal (EPP) y con una pinza recoger uno a uno los cortos punzantes.
- ✓ Llevarlos al guardián nuevamente.
- ✓ El sitio contaminado se debe lavar con una solución concentrada de hipoclorito de sodio de 10.000 ppm, para realizar la desinfección del área, se deja actuar de 15 a 20 minutos, se retira con agua y se deja secar al ambiente.
- ✓ Desinfectar los utensilios.
- ✓ Realizar lavado de manos

EN CASO DE SISMO

ANTES DEL SISMO

- ✓ No obstaculice la salida.
- ✓ Identifique los sitios de corte dentro de la IPS de electricidad y agua.
- ✓ Asegure los objetos que se puedan caer.

DURANTE EL SISMO

- ✓ Aislar el área del almacenamiento de residuos que sufrió alteraciones en su estructura y se evidencia la presencia de residuos.
- ✓ En caso de estar contaminado con el material biológico, mantener la calma y avisar al equipo de rescate.
- ✓ Atender al personal accidentado o que presente contaminación con riesgo biológico.
- ✓ Retirarse de la zona afectada, solo se podrá ingresar con los elementos de protección personal adecuados (EPP).
- ✓ Retirar residuos en caso de estar cerca de suministros de agua y áreas de atención a víctimas (utilizar elementos de protección)
- ✓ Avisar a la empresa de servicio público especial de aseo, autoridad ambiental y secretaria del Departamento.
- ✓ Realizar lavado de manos.

DESPUES DEL SISMO

- ✓ Este atento a radios de réplicas.
- ✓ Delimite el área donde se encontraban residuos.
- ✓ Cuando se encuentre segura el área y no haya riesgos de derrumbes retire los residuos.
- ✓ El sitio contaminado se debe lavar con una solución concentrada de hipoclorito de sodio de 10.000 ppm, para realizar la desinfección del área, se deja actuar de 15 a 20 minutos, se retira con agua y se deja secar al ambiente.

EN CASO DE INCENDIO

- ✓ Aislar el área afectada donde se evidencie presencia de residuos hospitalarios.
- ✓ Bajar tacos eléctricos.
- ✓ Utilizar el extintor: bajar el extintor, romper el seguro, dirigir la baquilla hacia la basa del fuego, acercarse a dos metros si es posible y presionar la palanca, realizándolo en forma de rocío hacia el fuego.
- ✓ Avisar a los Bomberos más cercanos.
- ✓ Una vez lleguen los bomberos retirarse y permitir que puedan realizar su trabajo.
- ✓ Atender al personal accidentado o que presente contaminación con riesgo biológico (se debe contar con elementos de protección).
- ✓ Retirar los residuos en caso de estar cerca a instalaciones eléctricas (utilizando elementos de protección).
- ✓ El sitio contaminado se debe lavar con una solución concentrada de hipoclorito de sodio de 10.000 ppm, para realizar la desinfección del área, se deja actuar de 15 a 20 minutos, se retira con agua y se deja secar al ambiente.

SI HAY INTERRUPCION DEL SUMINISTRO DE AGUA O ENERGIA

Agua:

- ✓ Se debe garantizar la limpieza y desinfección de los recipientes donde se realiza la recolección.
- ✓ Se debe hacer uso de los tanques de reserva de agua con que cuenta la IPS, si se agota el tanque y aun no se reestablece el servicio, se debe llamar al servicio de carro tanque.
- ✓ Si el carro tanque no suministra agua se debe comprar agua por botellones.
- ✓ Si la situación persiste se deben suspender las actividades.

Energía:

- ✓ En la IPS se contará con una linterna la cual suplirá el corte de energía
- ✓ mientras es restablecido.

EN CASO DE PROBLEMAS CON EL SERVICIO PÚBLICO ESPECIAL DE ASEO

- ✓ Se realizará comunicación con la empresa contratada (ECOCAPITAL E.S.P)
- ✓ Avisar a la autoridad sanitaria y ambiental.
- ✓ El cuarto de almacenamiento de residuos hospitalarios y/o no peligrosos cuenta con un diseño que permite el almacenamiento por siete días adicionales al almacenamiento determinado por la frecuencia establecida, tiempo en el cual se deberá solucionar la dificultad que ocasiono la suspensión del servicio en caso de continuar se procederá a buscar otra empresa de servicios públicos especiales de aseo.

EN CASO DE SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES

- ✓ Dar aviso a la empresa de servicio público especial de aseo contratada.
- ✓ Se debe garantizar que los residuos no permanezcan más de 1 mes almacenados en el sitio de almacenamiento.

SI HAY ALTERACION EN EL ORDEN PÚBLICO

- ✓ Garantizar la seguridad del lugar de almacenamiento de los residuos.
- ✓ Avisar a las autoridades del orden público.
- ✓ Si se presentaron derrames con riesgo biológico realizar limpieza y desinfección previa a la recolección.
- ✓ El sitio contaminado se debe lavar con una solución concentrada de hipoclorito de sodio de 10.000 ppm, para realizar la desinfección del área, se deja actuar de 15 a 20 minutos, se retira con agua y se deja secar al ambiente.

GRUPOS DE APOYO

A continuación, en la tabla 49 se presentan los datos de contacto de aquellos grupos de apoyo externo que pueden ser requeridos en caso de una situación de emergencia y más específicamente en aquellos casos en que la contingencia supera la capacidad de respuesta por parte del personal designado UNIMSALUD S.A.S.

Tabla 49 Ruta de apoyo, preparación y respuesta ante emergencias. Fuente: Elaboración propia.

DIRECTORIO DE EMERGENCIAS	
RED ASISTENCIAL	CLINICA MARLY Calle 50 N° 9 – 67 Teléfonos: 3436600
	HOSPITAL SIMON BOLIVAR Carrera 7ª N° 165-00 Teléfonos: 6732700
	CLINICA COUNTRY Cra. 16 N° 82-57 Teléfonos: 5301360
BOMBEROS BOGOTA	123
CRUZ ROJA	132 – Dirección Avenida 68 N° 66 – 31
DEFENSA CIVIL	144
AMBULANCIAS	132 – 2148304 – 6205105 – 2601015 – 4206447 – 3661334
POLICIA NACIONAL	123
TRANSITO Y TRANSPORTE	127

SISTEMA LINEA	Centro de información sobre emergencias accidentes de trabajo Teléfono:
SALVAVIDAS ARL SURA	4055911
URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 123
GAS NATURAL	164 – 4446666
CODENSA	115
GAULA	165
ACUEDUCTO	116
FONDO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS (FOPAE)	4297414

Mejora Continua.

Por último es fundamental mencionar la importancia del último aspecto del ciclo PHVA, puesto que después de la verificación y análisis de los hallazgos durante los procesos de la empresa, se entra a actuar después de una nueva planificación enfocada a la mejora continua.

Todo esto se logra con el apoyo y colaboración de los trabajadores y la alta dirección, por otra parte las auditorías internas que se realicen al sistema de gestión ambiental evaluarán el cumplimiento de los procesos de la empresa frente a la norma, permitiendo identificar las no conformidades, para su posterior corrección, de esta manera se estará preparado para recibir las auditoria externa y posterior certificación frente a un ente autorizado.

Es importante tener en cuenta como los procesos logran poner en práctica las acciones de mejora detalladas en el documento *Procedimiento acciones correctivas, preventivas y de mejora*, dando uno al formato *formato reporte de mejoramiento*, finalizando el proceso.

Tener en cuenta el “SEGUIMIENTO DE NO CONFORMIDAD, ACCION CORRECTIVA, PREVENTIVA Y DE MEJORA” fundamental para el cierre o levantamiento de las No conformidades generadas por Auditorias o evidenciadas en procesos.

Conclusiones

- En el diagnóstico ambiental, se evidenció el incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental, teniendo tan solo un porcentaje de cumplimiento del 34.26%; lo cual implica que no existe actualmente un control de los aspectos e impactos ambientales producidos por las actividades que se realizan en la empresa.
- Como resultado del análisis de la matriz de Lepold, se evidencio que los 3 aspectos más significativos y que generan un impacto negativo al ambiente son la generación de residuos peligrosos hospitalarios, generación de vertimiento de aguas residuales y emisión de CO² y NO² proveniente de los vehículos con que cuenta la empresa.
- Con la elaboración de la política, los objetivos y programas ambientales de la empresa, se pretende reducir y controlar los impactos ambientales generados por los servicios prestados por la IPS.
- Mediante la realización de las herramientas, recursos y actividades se espera que la empresa continúe con el proceso de implementación, con el fin de dar cumplimiento a la legislación colombiana y la contribución a la preservación de los recursos naturales.
- Con la elaboración de este proyecto se observa la importancia del diseño e implantación de los sistemas de gestión ambiental en las empresas prestadoras de salud y seguridad en el trabajo. Ya que en este caso da partida a la obtención de la certificación.

Bibliografía

Acuña, N., Figueroa , L., & Wilches, M. (enero de 2017). Influencia de los Sistemas de Gestión Ambiental ISO 14001 en las organizaciones: caso estudio empresas manufactureras de Barranquilla. *25(1)*, 143-153. Arica, Chile: Ingeniare. Revista Chilena de Ingeniería. Recuperado el 6 de agosto de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77249637013>

- Acosta, C., Fuenmayor, B., León, E., Sayago, A. (2006). Programa innovador de educación ambiental para la población indígena Añú en la laguna de Sinamaica. *Revista Omnia*, 12, (3): 123–150. Venezuela. Cánovas, C. (2002). Educación ambiental y cambio de valores en la sociedad. *Observatorio medioambiental*, 5, pp. 357-364. Recuperado el 7 de noviembre de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/3217/321727348002.pdf>
- ANTHONY, R. (1995). *The Management Control Function*. Boston, 6, 31-44. Manchester. *British journal of management*. Recuperado el 5 de octubre de 2019, de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-8551.1995.tb00136.x?purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&tracking_action=preview_click&referer=wol&show_checkout=1
- A orellana, J. (2007). Ingeniería Sanitaria- UTN -FRRO. Recuperado el 29 de marzo de 2020, de https://www.frro.utn.edu.ar/repositorio/catedras/civil/ing_sanitaria/Ingenieria_Sanitaria_A4_Capitulo_02_Contaminacion.pdf
- Bambarén-Alatrística, C., & Alatrística-Gutiérrez de Bambarén, M. d. (14 de octubre de 2014). IMPACTO AMBIENTAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN LA CIUDAD DE LIMA, PERÚ. *31(4)*, 713. lima, peru: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Recuperado el 7 de agosto de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36333050015>
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En BriceñoLeón, R., de Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Recuperado el 7 de noviembre de 2019. De <https://ecriteriumes.wordpress.com/2012/01/22/definicion-de-salud-i-la-definicion-de-la-oms/>
- Colorado, F. (2009). El ciclo PHVA de Deming y el proceso administrativo de Fayol. recuperado el 6 de noviembre del 2019. De https://www.academia.edu/5110051/3_Articulo_El_Ciclo_PHVA_de_Deming_y_al_Proceso_Administrativo_de_Fayol
- Chung J, M. D. (11 de noviembre de 2009). Estimate of the carbon footprint of the US health care sector. *302(18)*. USA: JAMA. doi:10.1001/ jama.2009.1610.
- Fuentes, C., Carpio, J., Prado, J., & Sánchez, P. (2008). Gestión de residuos sólidos municipales. Recuperado el 02 de Octubre de 2019 de, <http://repositorio.esan.edu.pe/handle/ESAN/627>

GODOY BARRERA, J. A., & MATA LLANA CASTAÑO, J. A. (2013). formulación del sistema de gestión ambiental en el marco de la norma iso 14001 para la empresa línea médica de ambulancias sas. (*tesis de grado*). universidad libre, bogota, colombia.

Guédez Mozur, C., Armas Hernández, D. d., Reyes Gil, R., & Galván Rico, L. (septiembre de 2003). Los sistemas de gestión ambiental en la industria petrolera internacional. 28(9), 528-533. caracas, venezuela: Interciencia. Recuperado el 7 de agosto de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33908406>

Guerra, D. (2005). Uso de antisépticos y desinfectantes. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 24(4), 201-203. Recuperado el 5 de noviembre de 2019. De <https://www.redalyc.org/pdf/912/91204113.pdf>

ICONTEC. (20 de Mayo de 2009). *bogota turismo-Residuos*. Obtenido de http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/ciencias/relleno_sanitario

MANUAL DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, (2008). Obtenido de GUARNE: <http://hospitalguarne.com/MANUALDEGESTIONDERESIDUOS.pdf>

Martín García, A. Á., Sorinas González, L. A., fernandez perez, l., & Bello Hernández, M. (agosto de 2015). Método para la implementación de un sistema de gestión ambiental aprovechando un sistema de gestión de la calidad previamente implantado. 9(2), 1-10. matanzas, cuba: Revista de Arquitectura e Ingeniería. Recuperado el 6 de agosto de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193948444002>

Molina, R., & García, O. (2003). Manual de limpieza y desinfección hospitalaria. *Colombia: hospital Departamental Mario Correa Rengifo*. Recuperado el 02 de octubre de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/912/91204113.pdf>

NATIONAL HEALT SERVICE. (2009). SAVIng carbon, improving health. cambridge, england: HSN. Obtenido de https://www.google.com/search?q=Cambridge%3A+NHS%3B+2009.&rlz=1C1CHBD_esCO821CO821&oq=Cambridge%3A+NHS%3B+2009.&aqs=chrome..69i57j69i58.973j0j1&sourceid=chrome&ie=UTF-8#

Peñaloza Páez, J. A. (febrero de 2012). contaminacion. 5(13). desarrollo local sostenible. Recuperado el 29 de marzo de 2020, de <http://www.eumed.net/rev/delos/13/japp.html>

RUBIO CALDUCH, Victoria. (2011). La Gestión Ambiental en la Pequeña y Mediana Empresa. Departamento de Industria y Medio Ambiente, Cámara de Comercio, Industria y

Navegación de Castellón, recuperado el 8 de noviembre del 2019, de <http://www.ces.gva.es/pdf/conferencias/02/3.pdf>

SANJUAN, K. P. (2010). DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL EN LA EMPRESA DE RECUBRIMIENTOS EN POLVO DUPONT POWDER COATINGS ANDINA S.A. Cartagena, Colombia. Recuperado el 21 de agosto de 2019, de <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/1407/1/DISE%C3%91O%20DE%20UN%20SISTEMA%20DE%20GESTI%C3%93N%20AMBIENTAL%20EN%20LA%20EMPRESA%20DE%20RECUBRIMIENTOS%20EN%20POLVO%20DUPONT%20POWDER%20.pdf>

Sentencia C-064, (2008). Recuperado el 02 de octubre de 2019, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/C-064-08.htm>

Suárez Tamayo, s., & Molina Esquivel, E. (2014). El desarrollo industrial y su impacto en el medio. *52(3)*, 357-363. la habana, cuba: Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Recuperado el 4 de agosto de 2019, de <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v52n3/hig08314.pdf>

Tlapa, D. A., Limón, J., & Báez, Y. A. (2009). Gestión de la Calidad y del Medio Ambiente en Instituciones de Educación Superior mediante Integración de ISO 9001 e ISO 14001. *2(2)*, 35-46. La Serena, Chile: Formación Universitaria. Recuperado el 6 de agosto de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=373540869005>.

vidal martinez, c. a., & botero quinceno, h. d. (22 de abril de 2016). Cali: la sucursal de la contaminación ambiental. *(23)*, 120- 125. cali, colombia: revista de educacion y pensamiento . Recuperado el 29 de marzo de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5740422>

