**ANEXOS**

**ANEXO 1:**

**MODELO DE ACTA DE SUPERVISIÓN AMBIENTAL**



**EFA**……………………………………………………………….

**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**







**ANEXO 2:**

 **MODELO DE INFORME DE SUPERVISIÓN**

**INFORME DE SUPERVISIÓN**

A : [Nombre del destinatario]

De : [Nombre del Supervisor]

Asunto : Resultado de las acciones de supervisión [unidad productiva] de

 [Nombre del administrado], realizada desde el [fecha de inicio] al

 [Fecha de cierre]

Referencia : Acta de Supervisión

Fecha : Lugar, [fecha]

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**I. ANTECEDENTES**

 [Describir la razón que origina la realización de la supervisión]

**II. OBJETIVO DE LA SUPERVISIÓN**

 [Las actividades del administrado que van a ser supervisadas]

**III. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ADMINISTRADO**

**IV. ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ADMINISTRADO**

El administrado realiza la siguiente actividad:

[Describir la actividad realizada y mencionar el código CIIU (Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas)\*].

**V. NOMBRE Y UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO O LUGAR OBJETO DE SUPERVISIÓN**

 La unidad productiva [colocar la denominación] de la empresa [colocar razón social] se encuentra ubicada en el distrito………., provincia de……. de la región……..

**VI. COMPONENTES VERIFICADOS DURANTE LA SUPERVISIÓN**

[Aspectos de la actividad económica que serán supervisados durante el desarrollo de la supervisión]

**VII. HALLAZGOS**

 **\* Hallazgo Nº 01**

 Sustento

 Análisis Técnico

 Observaciones del administrado

 **\* Hallazgo Nº 02**

 Sustento

 Análisis Técnico

 Observaciones del administrado

**VIII. RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN**

 VI.1 De los obligaciones verificadas

 VI.2 De los requerimientos de información (de ser el caso)

 VI.3 Del seguimiento de las recomendaciones y medidas administrativas (de ser el caso)

 VI.4 De la propuesta de recomendación (de ser el caso)

**IX. CONCLUSIONES**

Los supervisores que suscribimos el presente informe asumimos la responsabilidad que la ley establece por la veracidad y exactitud del contenido del mismo.

---------------------------------------------------------------

Supervisor EFA:

 Órgano de línea de la EFA (Dirección Regional de Energía y Minas; Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental y Dirección Regional de Producción y Dirección Regional de Comercio Exterior y Turismo

 Lugar, [colocar fecha]

**ANEXOS:**

Anexo I: Plan de Supervisión, Credenciales, Acta de Supervisión y requerimiento documentario.

Anexo II: Álbum fotográfico.

Anexo III: Documentos Sustentatorios.

Anexo IV: Planos y Mapas.

--------------------------------------------------

\* Información referencial.

\*\* De los Órganos de línea de la EFA correspondiente

**ANEXO 3:**

**HALLAZGOS DE MENOR TRASCENDENCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **I** | **Referidos a la remisión de información** |
| **I.1** | No presentar el Reporte o Informe de Monitoreo Ambiental en el plazo establecido, o presentarlo de forma incompleta y/o modo distinto al solicitado. |
| **I.2** |  No presentar el Plan de Manejo de Residuos Sólidos en el plazo establecido, o presentarlo de forma incompleta y/o modo distinto al solicitado. |
| **I.3** | No presentar el Manifiesto de Manejo de Residuos Sólidos Peligrosos en el plazo establecido, o presentarlo de forma incompleta y/o modo distinto al solicitado. |
| **I.4** | No presentar la Declaración de Manejo de Residuos en el plazo establecido, o presentarla de forma incompleta y/o modo distinto al solicitado. |
| **I.5** | No presentar el Informe Ambiental Anual o Informe Anual de Gestión Ambiental en el plazo establecido, o presentarlo de forma incompleta y/o modo distinto al solicitado. |
| **I.6** | No presentar otra información o documentación requerida por la Entidad de Fiscalización Ambiental en el plazo establecido, o presentarla de forma incompleta y/o modo distinto al solicitado. |
| **II** | **Referidos a la gestión y manejo de residuos sólidos y materiales no peligrosos** |
| **II.1** | No segregar los residuos no peligrosos o segregarlos incorrectamente. |
| **II.2** | No señalizar los sitios de almacenamiento, o señalizarlos de manera inadecuada. |
| **II.3** | No mantener los contenedores debidamente sellados y/o tapados. |
| **II.4** | No rotular los contenedores de materiales no peligrosos. |
| **II.5** | Almacenar temporalmente contenedores vacíos en terrenos abiertos o en áreas no contempladas en la normativa. |
| **II.6** | Disponer inadecuadamente los residuos no peligrosos. |
| **III** | **Referidos a los compromisos ambientales** |
| **III.1** | Incumplir los compromisos ambientales previstos en el Instrumento de Gestión Ambiental, relativos al almacenamiento de residuos sólidos no peligrosos o identificación de contenedores de residuos. |
| **III.2** | Disponer temporalmente de los residuos en forma distinta a la establecida en el Instrumento de Gestión Ambiental por motivos de obras, limpieza o cambio de equipos. |
| **III.3** | Almacenar temporalmente contenedores vacíos en áreas no contempladas en el Instrumento de Gestión Ambiental. |

**ANEXO 4**

**CORRESPONDIENTE A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD**

**ACTAS DE SUPERVISIÓN Y FISCALIZACIÓN**

**I. JUGUETES Y UTILES DE ESCRITORIO TÓXICOS Y/O PELIGROSOS**

**ACTA DE FISCALIZACIÓN POST REGISTRO NACIONAL N.° -20…..**

En la ciudad de……………, siendo las..……horas, del día.……del mes de...................del año 20……,el personal de la DIGESA conformado por ,……………………………………………..………….................................................................................................,se constituyó en las instalaciones de la empresa o administrado: ……………………………………………………………………………………………………………………

Identificada con N.° de RUC…………………………………sito en ……………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………

distrito de ……………………,provincia……………..,Departamento …………………,siendo atendidos por el representante del establecimiento………………………………………….………………………..., identificado con DNI N.°…….………………, de acuerdo al marco establecido en los artículos 05°,14°, 16° y 23° del Reglamento de la Ley N° 28376, “ Ley que prohíbe y Sanciona la fabricación, importación, distribución y comercialización de juguetes y útiles de escritorio tóxicos o peligrosos”, aprobado por Decreto Supremo Nº 008-2007-SA y su modificatoria el Decreto Supremo Nº012-2007-SA; y la Ley 27657-Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°013-2002-SA; Decreto Supremo N°014-2002-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y Resolución Ministerial 573-2003-SA/DM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Red de Salud; en uso de las facultades conferidas dentro del marco normativo citado se desarrolla la presente Fiscalización Post Registro Nacional.

**DATOS GENERALES**



**1.- OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**1. OBSERVACIONES DE LA EMPRESA O ADMINISTRADO**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Siendo las ………… horas del día ……….del mes ....................del año……..; se da por culminada la fiscalización posterior y en señal de conformidad los siguientes representantes firman la presente **ACTA.**



**II. RESIDUOS SÓLIDOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

**ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN**

*En la ciudad de…………………………..del distrito de………………………..provincia………………………Departamento……………………….……*

*Siendo las……….horas, del día………del mes de……………….…del año…………., el personal de la DIRESA/DESA/UEPA de……………………*

 *RED DE SALUD de……………………………MICRORED de…………………………………….EE.SS……………………………………………….…..*

*Se constituyó al lugar ……………………………….…………………..………ubicado en el Jr/Av.……………………………………………………….….*

*Teléfono N°………………... a fin de llevar a cabo la inspección de…………………………………………………………………………………………...*

 *en cumplimiento de la normatividad vigente ……………………………………………………………………………...., participando:*

*1) Como representantes del establecimiento inspeccionado…............................................................................................................*

*.....……………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....*

*2) Como representantes de la DIRESA: …………………………………………………………………………………………………….…*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*3) Como representantes de las autoridades competentes: …………………………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*Observaciones:*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*………………………………………………..……………………………………….…………………………………………………………….*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………....*

*Recomendaciones:……………………………………………………………………………………………………………………………..…*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..…*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….*

*Conclusiones:………………………………………………..……………………………………….……………………………………….…*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…*

*Se otorga al establecimiento un plazo perentorio de…..…días útiles para levantar las observaciones formuladas en la presente diligencia.*

*Siendo las……horas del día….... de………………del año………., se da por concluida la inspección, firmando los representantes en señal de*

*conformidad del presente documento.*

**FICHA DE EVALUACIÓN PARA EESS y SMA DE MAYOR MAGNITUD. (Niv. >I:4)**

|  |
| --- |
| **LISTA Nº 1: DE VERIFICACIÓN PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO PÚBLICOS Y PRIVADOS.**ESTABLECIMIENTO DE SALUD /SMA………………………………………………………………………………………………………….SERVICIO /DEPARTAMENTO /UPS: ………………………………………………………FECHA: …………………………………………SALA /ÁREA: ………………………………………………………………………………………………………………………………………PUNTAJE: Si = 1 punto; No = 0 puntos; Parcial =0.5 puntos; NA X(No aplica) |
| **ETAPAS DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS** | **SITUACIÓN** |
| Si cumple(1 punto) | No cumple (0 punt.) | Parcialmente cumple (0.5 punt.) | No aplica(NA) |
| **1.- Acondicionamiento.** |
| 1-1 El servicio cuenta con el tipo y la cantidad de recipientes, los mismos que contienen bolsas de colores según el tipo de residuos a eliminar (residuo común: negro, Biocontaminado: rojo, residuo especial: bolsa amarilla) dicha bolsa debe estar doblada hacia el exterior recubriendo los bordes del recipiente. |  |  |  |  |
| 1-2 Para el material punzo cortante se cuenta con recipiente(s) rígido(s) especial (es) el mismo que está bien ubicado de tal manera que no se voltee o caiga y se ubica cerca a la fuente de generación. |  |  |  |  |
| **2.- Segregación y Almacenamiento Primario.** |
| 2-1 El personal asistencial elimina los residuos en el recipiente respectivo de acuerdo a su clase con un mínimo de manipulación y utilizan el recipiente hasta las dos terceras partes de su capacidad.  |  |  |  |  |
| 2-2 Otros tipos de residuos punzo cortantes (vidrios rotos) se empacan en papeles o cajas debidamente selladas. |  |  |  |  |
| 2-3 Los residuos procedentes de fuentes radioactivas encapsuladas como cobalto (Co-60), Cesio (Cs-137), o el Iridio (Ir-192) son almacenados en sus contenedores de seguridad así como los residuos procedentes de fuentes radioactivas no encapsuladas tales como agujas, algodón, vasos, viales papel etc. que hayan tenido contacto con algún radioisótopo líquido. |  |  |  |  |
| **3.- Almacenamiento Intermedio** |
| 3-1 Se cuenta con un área exclusiva para el almacenamiento intermedio y los residuos envasados provenientes de los diferentes servicios se depositan en recipientes acondicionados para tal fin, los mismos que se mantienen debidamente tapados y la puerta cerrada. |  |  |  |  |
| 3-2Una ves llenos los recipientes no permanecen en este ambiente más de 12 horas y el área se mantiene limpia y desinfectada. |  |  |  |  |
|  |
| Puntaje parcial  |  |  |  |  |
| Puntaje (Sumar SI +PA) |  |
|   | **Criterios de Valoración** |
| **Muy deficiente** | **Deficiente** | **Aceptable** | **Satisfactorio** |
| Puntaje menor a 3.5 | Puntaje entre 3.5 y 5 | Puntaje igual o mayor a 5.5 hasta menor de 7 | Puntaje de 7 |
| En caso de responder NO al ítem 3-1 se considera como muy deficiente independientemente del puntaje obtenidoObservaciones:………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Realizado por: Firma:  |

|  |
| --- |
| **LISTA Nº 2: DEVERIFICACIÓN PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO PÚBLICOS Y PRIVADOS.**ESTABLECIMIENTO DE SALUD /SMA………………………………………………………………………………………………………….SERVICIO /DEPARTAMENTO /UPS: ………………………………………………………FECHA: …………………………………………SALA /ÁREA: ………………………………………………………………………………………………………………………………………PUNTAJE: Si = 1 punto; No = 0 puntos; Parcial =0.5 puntos; NA X (No aplica) |
| **ETAPAS DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS** | **SITUACIÓN** |
| Si cumple(1 punto) | No cumple (0 punt.) | Parcialmente cumple (0.5 punt.) | No aplica(NA) |
| **4.- Transporte o recolección Interna.** |
| 4-1 El personal de limpieza recoge los residuos de acuerdo a la frecuencia de generación del servicio o cuando el recipiente está lleno hasta las 2/3 partes de su capacidad, en caso del almacenamiento primario cuando esté totalmente lleno en el caso del almacenamiento intermedio. |  |  |  |  |
| 4-2 El personal de limpieza tiene y hace uso del equipo de protección personal respectivo: Ropa de trabajo, guantes, mascarillas de tela y calzado antideslizante. |  |  |  |  |
|  4-3 Las bolsas serradas se sujetan por la parte superior y se mantienen alejadas del cuerpo durante su traslado, sin arrastrarlas por el suelo. |  |  |  |  |
| 4-4 El transporte de los residuos se realiza por las rutas y horarios establecidos. |  |  |  |  |
| 4-5 Los residuos de alimentos se trasladan directamente al almacenamiento final según las rutas y el horario establecido SIN DESTINARLO para otros usos. |  |  |  |  |
| 4-6 En caso de contar con asesores, el uso de estos es exclusivo durante el traslado de los residuos de acuerdo al horario establecido y son desinfectados después de su uso.  |  |  |  |  |
| 4-7 El personal de limpieza se segura que el recipiente se encuentre limpio luego del traslado y acondicionado con la bolsa NUEVA respectiva para su uso posterior.  |  |  |  |  |
| 4-8 Los residuos procedentes de fuentes radioactivas encapsuladas y no encapsuladas son transportados por el personal del IPEN según norma. |  |  |  |  |
|  |
| Puntaje parcial  |  |  |  |  |
| Puntaje (Sumar SI +PA) |  |
|  | **Criterios de Valoración** |
| **Muy deficiente** | **Deficiente** | **Aceptable** | **Satisfactorio** |
| Puntaje menor a 3.5 | Puntaje entre 3.5 y 5 | Puntaje igual o mayor a 5.5 hasta menor de 8 | Puntaje de 8 |
|  |
|  |  |
| Observaciones:………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Realizado por: Firma:  |

|  |
| --- |
| **LISTA Nº 3: DEVERIFICACIÓN PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO PÚBLICOS Y PRIVADOS.**ESTABLECIMIENTO DE SALUD /SMA………………………………………………………………………………………………………….SERVICIO /DEPARTAMENTO /UPS: ………………………………………………………FECHA: …………………………………………SALA /ÁREA: ………………………………………………………………………………………………………………………………………PUNTAJE: Si = 1 punto; No = 0 puntos; Parcial =0.5 puntos; NA X (No aplica) |
| **ETAPAS DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS** | **SITUACIÓN** |
| Si cumple(1 punto) | No cumple(0 punt.) | Parcialmente cumple (0.5 punt.) | No aplica (NA) |
| **5.- Almacenamiento Final.** |
| 5-1 El establecimiento de salud cuenta con un ambiente exclusivo para el almacenamiento final de los residuos y acorde con las especificaciones técnicas  |  |  |  |  |
| 5-2 En el almacén final, los residuos se ubican de acuerdo a su clasificación en el espacio dispuesto y acondicionado para cada clase (biocontaminados, comunes y especiales) |  |  |  |  |
|  5-3 Los residuos sólidos permanecen en el almacén final por un periodo de tiempo no mayor de 24 horas. Luego de la evacuación de residuos se limpia y desinfecta el almacén.  |  |  |  |  |
| **6.- Tratamiento de los Residuos Sólidos** |
| 6-1Los procedimientos de tratamiento de todos los residuos se realizan de acuerdo a lo establecido por el proveedor del equipo (autoclave, horno microondas, incinerador). |  |  |  |  |
| 6-2 Los trabajadores que realizan el tratamiento de los residuos, tienen las competencias técnicas para realizar este trabajo cuentan y usan el equipo de protección personal: Ropa de trabajo, guantes, zapatos de seguridad, respiradores.  |  |  |  |  |
| 6-3 En el área de tratamiento existen: Cartel con el procedimiento de operación y señalización de seguridad.  |  |  |  |  |
| 6-4 El transporte de las bolsas de los residuos de almacenamiento final al área de tratamiento se realiza con coches de transporte a fin de evitar el contacto con el cuerpo así como para no arrastrarlas por el piso a las bolsas. |  |  |  |  |
| 6-5Los operadores de los equipos de tratamiento verifican que se mantengan los parámetros de tratamiento (temperatura, humedad, volumen de llenado, tiempo de tratamiento, etc), en los niveles establecidos. |  |  |  |  |
| **7.- Recolección externa.** |
| 7-1 Los residuos se pesan evitando derrames y contaminación, así como el contacto de las bolsas con el cuerpo operativo. |  |  |  |  |
| 7-2 Las bolsas de residuos se trasladan a las unidades de transporte a través de rutas establecidas y utilizando equipos de protección personal (guantes n botas de PVC, respirador y ropa de trabajo) |  |  |  |  |
| Puntaje parcial  |  |  |  |  |
| Puntaje (Sumar SI +PA) |  |
| **INDICADOR:****% de Establecimientos de salud y SMA, con manejo adecuado de residuos peligrosos** % = Nº de EESS con manejo adecuado de RRSS peligrosos X100  Nº Total de EESS  | **Criterios de Valoración** |
| **Muy deficien****te** | **Deficiente** | **Aceptable** | **Satisfactorio** |
| Puntaje menor a 3.5 | Puntaje entre 3.5 y 5 | Puntaje igual o mayor a 5.5 hasta menor de 9 | Puntaje de 10 |
|  |
| Observaciones:……………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………Realizado por: Firma:  |

**III. INSPECIÓN A AMBIENTES 100% LIBRES DE HUMO DE TABACO**

**ACTA DE INSPECCIÓN DE AMBIENTES 100% LIBRES DE HUMO DE TABACO**

Siendo aproximadamente las ..................... horas del día........ del mes de...................................... del año 201…, en cumplimiento del cronograma de inspecciones de Ambientes 100% libres de humo de tabaco, de la Ley n.° 28705, Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco y su modificatoria la Ley. N.° 29517, elDecreto Supremo N° 001-2011-SA, Reglamento de la Ley y laNTS N°094-MINSA-DIGESA. V.01, el personal de la DESA se constituyó en las instalaciones del lugar de trabajo: …………………ubicado en……………...............Distrito……………………con Razón Social:……………………………………………..…………………… y RUC:………………………………

Como Representante del establecimiento:…………………………………………………………………..

con DNI:…………………………........Cargo:……………………………………………………………………

Siendo los representantes del Ministerio de Salud a través de la Digesa: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Verificación al momento de la inspección:

Personas fumando:

**NO**

**SI**

1. N° de personas fumando: …………… Hombres:………… Mujeres:……………
2. Otras observaciones de acuerdo a lo señalado en la NTS N°094-MINSA-DIGESA. V.01 (Presencia de ceniceros, ambientes de fumadores, señalización, entre otros) : ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
3. Observaciones del representante del Lugar de Trabajo

..............................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Se hace entrega de Decreto Supremo N° 001-2011-SA, la NTS N°094-MINSA-DIGESA. V.01 y dípticos informativos de prevención y control de los riesgos del consumo de tabaco.

Siendo aproximadamente las………....horas del día…….. del mes ……..….del año….…...se da por culminada la inspección y en señal de conformidad los siguientes representantes firman la presente ACTA DE INSPECCIÓN DE AMBIENTES 100% LIBRES DE HUMO DE TABACO.

|  |  |
| --- | --- |
| **POR LA DIGESA** | **POR LA EMPRESA** |
| Firma: | Firma: |
| Nombre: ……………………………………………………DNI: ……………………………………………. | Nombre:…………………………………………………DNI: …………………………………………………..…. |
| **POR LA DIGESA** | **POR LA EMPRESA** |
| Firma: | Firma: |
| Nombre: ……………………………………………………DNI: ……………………………………………. | Nombre:…………………………………………………DNI: ……………………………………………. |

Nota: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

 .............................................................................................................................................................