



ANEXOS



ANEXO 1:

MODELO DE ACTA DE SUPERVISIÓN AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA	EFA.....	ACTA DE SUPERVISIÓN AMBIENTAL
--	----------	--

DATOS DEL ADMINISTRADO			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ADMINISTRADO			
ACTIVIDAD ECONÓMICA			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O LUGAR OBJETO DE SUPERVISIÓN	UBICACIÓN		
	DISTRITO		
	PROVINCIA		
	DEPARTAMENTO		
DOMICILIO LEGAL			
DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES			

DATOS DE LA SUPERVISIÓN					
TIPO DE SUPERVISIÓN	REGULAR		MOTIVO DE LA SUPERVISIÓN ESPECIAL		
	ESPECIAL				
FECHA DE SUPERVISIÓN	APERTURA		HORA DE SUPERVISIÓN	APERTURA	
	CIERRE			CIERRE	
PERSONAL DEL ADMINISTRADO				DNI	
				DNI	
				DNI	
				DNI	
SUPERVISORES				DNI	
				DNI	
PERITOS Y/O TÉCNICOS				DNI	
				DNI	

OBLIGACIONES AMBIENTALES FISCALIZABLES

REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN EFECTUADOS



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
GERENCIA REGIONAL DE RECURSOS NATURALES
Y GESTIÓN DEL MEDIO AMBIENTE



ÁREAS Y COMPONENTES VERIFICADOS			
N°	LOCALIZACIÓN UTM (WGS 84) ZONA (17 / 18 / 19)		DESCRIPCIÓN
	NORTE	ESTE	

N°	HALLAZGOS	
1	HALLAZGO 1:	
2	HALLAZGO 2:	
3	HALLAZGO SUBSANADO:	

N°	RECOMENDACIÓN/ MEDIDAS ADMINISTRATIVAS	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (DE SER EL CASO)
1		
2		

MEDIOS PROBATORIOS

REPRESENTANTES DEL ADMINISTRADO	
NOMBRE:	NOMBRE:
DNI:	DNI:
NOMBRE:	NOMBRE:
DNI:	DNI:

SUPERVISORES DE LA EFA	
NOMBRE:	NOMBRE:
DNI:	DNI:



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
GERENCIA REGIONAL DE RECURSOS NATURALES
Y GESTIÓN DEL MEDIO AMBIENTE



PERITOS Y/O TÉCNICOS	
NOMBRE:	NOMBRE:
DNI:	DNI:

OBSERVACIONES DEL ADMINISTRADO

OTROS ASPECTOS (DE SER EL CASO)



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 CIU (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 N° 01**

Sustento

Análisis Técnico

Observaciones del administrado

*** Hallazgo N° 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 señalar los sitios de almacenamiento, o señalarlos 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.º -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.º de RUC.....sita en distrito deprovincia.....,Departamentosiendo atendidos por el representante del establecimiento....., identificado con DNI N.º....., 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 N° 008-2007-SA y su modificatoria el Decreto Supremo N°012-2007-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

Registro Nacional N.º _____
Actividades: F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
Representante Legal: _____
Otros representantes Legales: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , Declarados ante DIGESA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Locales Anexos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , Declarados ante DIGESA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Licencia de Funcionamiento: _____

1.- OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD

.....

1. OBSERVACIONES DE LA EMPRESA O ADMINISTRADO



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
GERENCIA REGIONAL DE RECURSOS NATURALES
Y GESTIÓN DEL MEDIO AMBIENTE**



.....

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

POR LA DIGESA	POR LA EMPRESA O ADMININSTRADO.
Firma:	Firma:
Nombre:..... DNI:	Nombre:..... DNI:

Firma:	Firma:
Nombre:..... DNI:	Nombre:..... DNI:

II. RESIDUOS SÓLIDOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN

En la ciudad dedel distrito deprovincia.....Departamento.....

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

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

Se constituyó al lugarubicado 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:



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
GERENCIA REGIONAL DE RECURSOS NATURALES
Y GESTIÓN DEL MEDIO AMBIENTE**



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

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 N° 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 empaacan 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.				



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
GERENCIA REGIONAL DE RECURSOS NATURALES
Y GESTIÓN DEL MEDIO AMBIENTE**



3-2 Una vez 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 obtenido				
Observaciones:				
.....				
.....				
Realizado por:	Firma:			

LISTA N° 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 asegura que el recipiente se encuentre limpio luego del traslado y acondicionado				



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
GERENCIA REGIONAL DE RECURSOS NATURALES
Y GESTIÓN DEL MEDIO AMBIENTE



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 N° 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				
6-1 Los 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.				
6-5 Los operadores de los equipos de tratamiento verifican que se mantengan los parámetros de tratamiento (temperatura, humedad, volumen de llenado, tiempo de				



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
GERENCIA REGIONAL DE RECURSOS NATURALES
Y GESTIÓN DEL MEDIO AMBIENTE



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 % = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de EESS con manejo adecuado de RRSS peligrosos}}{\text{N}^\circ \text{ Total de EESS}} \times 100$ Observaciones:..... Realizado por: _____ Firma: _____	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 9	Puntaje de 10

III. INSPECCIÓN 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.º 28705, Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco y su modificatoria la Ley. N.º 29517, el Decreto Supremo N° 001-2011-SA, Reglamento de la Ley y la NTS 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: SI NO

1. N° de personas fumando: Hombres:..... Mujeres:.....



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
GERENCIA REGIONAL DE RECURSOS NATURALES
Y GESTIÓN DEL MEDIO AMBIENTE**



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 mesdel 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:	Nombre:.....
DNI:	DNI:
POR LA DIGESA	POR LA EMPRESA
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:.....
DNI:	DNI:

Nota:

.....

.....