



TERAPIAS CTJ SAS
PROCESO DE GESTION DE CALIDAD
FORMATO RECOLECCION DE RESIDUOS DOMICILIARIOS
DOMICILIO - 2026

Codigo: CTJ-GC-FO-001
Versión: 1
Fecha: 29-11-2024
Pagina:1

Fecha de recoleccion: _____ / _____ / _____

Hora de recoleccion: _____

Ciudad: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente : _____

Documento de identidad: _____

Direccion: _____

Telefono: _____

TIPO DE TERAPIA: _____

CLASIFICACION DE RESIDUOS GENERADOS

TIPO DE RESIDUO	DESCRIPCION	CANTIDAD APROX	TIPO DE BOLSA	OBSERVACIONES
ORDINARIOS (NO PELIGROSOS)	EMPAQUES PLASTICOS PAPEL CARTON	POCA <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/>	BLANCA O NEGRA	
BIOSANITARIOS	GUANTES GASAS TAPABOCAS USADOS BAJALENGUAS	POCA <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/>	ROJA	
CORTOPUNZANTES	AGUJAS LANCETAS BISTURI	POCA <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/>	GUARDIAN RIGIDO	
ENVASES O RESIDUOS	FRASCOS VACIOS MEDICAMENTOS	POCA <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/>	SEGÚN NORMA	

INFORMACION DE RECOLECCION

Nombre del recolector: _____

Empresa o contratista: _____

Telefono: _____

Firma del recolector: _____

FIRMA DE ENTREGA

Responsable del paciente/cuidador: _____ Firma: _____

Funcionario receptor: _____ Firma: _____

Observaciones generales: _____