Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección, vigilancia y control higiénico sanitaria a fábricas de colchones

Acta Número

E.S.E.:	Fecha:	DD	MM	AAAA

1. CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO

ID Establecimiento:	Número de Inscripción:	Número de carpeta:

Razón social:

Nombre del establecimiento:

NIT: -DV: | Sede:

Dirección:

Ubicación:

Localidad: | UPZ:

Barrio: | Teléfonos

Correo electrónico para notificación*

Nombre propietario:

Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐ | Número documento:

Nombre representante legal:

Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐ | Número documento:

Dirección de notificación:

Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☐ NO ☐

Línea de intervención:

Intervención:

Tipo de establecimiento:

Número de trabajadores: | Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ 24 horas ☐ Otro:

Días de funcionamiento: Lunes a viernes ☐ Domingo a domingo ☐ Fin de semana ☐ Otro:

VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO	MEDIDA SANITARIA SI	MEDIDA SANITARIA NO
Visita 1						
Visita 2						
Visita 3						
Visita 4						

MOTIVO DE LA VISITA

Programación ☐	Solicitud del interesado ☐ Número de radicado:	Asociada a peticiones, quejas y reclamos ☐ Número de radicado:
Solicitud oficial ☐ Número de radicado:	Evento de interés en salud pública ☐	Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin ☐

Otro: ☐ Especifique:

2.INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Aspecto a verificar	Número	Hallazgos
2.1 Número de trabajadores administrativos (Hombres).	N°	
2.2 Número de trabajadores administrativos (Mujeres).	N°	
2.3 Número de trabajadores operativos (Hombres).	N°	
2.4 Número de trabajadores operativos (Mujeres).	N°	
2.5 Número de trabajadores menores de edad.	N°	
2.6 Número de turnos por semana por trabajador.	N°	
2.7 Horas por turno por trabajador.	N°	

*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

3. CONDICIONES LOCATIVAS Y DE ALMACENAMIENTO				
Aspecto a verificar	Cumplimiento			Hallazgos
3.1 ¿El establecimiento se encuentra en una zona libre de riesgo por desastre natural? ¿Su construcción es firme, resistente y segura?	1		2	
3.2 ¿Si el establecimiento se encuentra en vivienda, no está relacionado ni es parte de la misma, o cuenta con una separación física y acceso independiente?	1	2	3	
3.3 ¿El establecimiento permite el ingreso, tránsito y evacuación segura de trabajadores, clientes y visitantes?	1		2	
3.4 ¿Las paredes y techos son sólidos, resistentes y de colores y materiales que permiten la verificación rápida de las condiciones de aseo y limpieza?	1		2	
3.5 ¿Los pisos son lisos, impermeables, de fácil limpieza y desinfección, sin roturas y obstáculos?	1		2	
3.6 ¿El estado de las redes e instalaciones eléctricas, equipos o elementos de iluminación es tal que previene el riesgo de incendio?¿Estan cubiertas y separadas de las redes de distribución de agua y de desagües?	1		2	
3.7 ¿La ventilación natural o artificial es permanente y suficiente? ¿Se evita la acumulación de olores, gases, polvos, condensación de vapores?	1		2	
3.8 ¿La iluminación natural y artificial es suficiente, adecuada y de calidad? ¿Se garantizan condiciones adecuadas de visibilidad y seguridad?	1		2	
3.9 ¿Cuenta con áreas y espacios distribuidos adecuadamente, de tal manera que se encuentren separadas y señalizadas las áreas de almacenamiento de materia prima y producto terminado, fabricación y costura?	1		2	
3.10 ¿Las escaleras, rampas y vías de aceso son seguras? ¿Cuentan con pasamamanos? ¿Estan revestidas de material antideslizante?	1		2	

4. CONDICIONES SANITARIAS				
Aspecto a verificar	Cumplimiento			Hallazgos
4.1 ¿Permancenen libres de humedad las áreas de almacenamiento de materias prima y producto terminado?	1		2	
4.2 ¿Las materias primas para la fabricación de colchones y colchonetas son almacenadas en condiciones adecuadas y alejadas de cualquier fuente de contaminación?	1		2	
4.3 ¿Es de primer uso la materia prima utilizada? ¿No contiene ningún material o preparado peligroso? ¿No se almacena cerca de alguna fuente de contaminación?	1		2	
4.4 ¿Utiliza el fabricante de colchones materia prima que proviene de procesos de reciclaje?	SI		NO	
4.5 Cuando la respuesta a la pregunta 4.4 sea afirmativa ¿Cuenta el fabricante de colchones con resultados de análisis de laboratorio que demuestren que la materia prima utilizada es inócua? ¿Muestran los resultados que la materia prima no contiene hongos ni moho?	SI	NO	N.A.	
4.6 ¿La materia prima, los insumos y sub-ensambles son adquiridos, de tal forma que se pueda demostrar su trazabilidad o procedencia?.	1		2	

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica	N.A. No Aplica

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

CONTINUACIÓN 4. CONDICIONES SANITARIAS			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		Hallazgos
4.7 ¿Se evidencia la implementación de prácticas de limpieza y desinfección de las instalaciones?	1	2	
4.8 ¿Se evidencia buen estado y mantenimiento de las instalaciones en general?	1	2	
4.9 ¿Se tienen implementados procesos adecuados para almacenamiento y manejo de los residuos generados?	1	2	

5. CONDICIONES DE SANEAMIENTO			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		Hallazgos
5.1 ¿El establecimiento cuenta con sistema de abastecimiento o almacenamiento de agua potable y con agua de servicio contínuo y con presión adecuada en todos los sitios de consumo?.	1	2	
5.2 ¿El establecimiento cuenta con conexión a alcantarillado u otro sistema alternativo?	1	2	
5.3 ¿Cuenta el establecimiento con vestier para trabajadores, servicios sanitarios dotados con elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficiente para uso de los trabajadores y visitantes?	1	2	
5.4 ¿Se cuenta con un Plan de Control de Vectores y se realiza un control de artrópodos y roedores con una frecuencia mínima de seis (6) meses?.	1	2	

6. SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		Hallazgos
6.1 ¿Los trabajadores se encuentran afiliados a Administradora de Riesgos Laborales?.	SI	NO	
6.2 ¿Los trabajadores se encuentran afiliados a Régimen Contributivo en Salud?.	SI	NO	
6.3 ¿Los trabajadores se encuentran afiliados a Régimen Subsidiado en Salud?.	SI	NO	
6.4 ¿Se cuenta con un Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo?	SI	NO	
6.5 ¿Se evidencia el uso de elementos de protección personal de acuerdo al riesgo?	1	2	
6.6 ¿Las máquinas utilizadas cuentan con guardas de seguridad para minimizar riesgos de accidentes?	1	2	
6.7 ¿Se llevan a cabo prácticas de manipulación segura de productos, insumos y maquinaria?	1	2	
6.8 ¿Cuenta con señalización de seguridad y prohibición completa y clara?	1	2	

7. PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		Hallazgos
7.1 ¿Se cuenta con un plan de gestión del riesgo de desastres?	SI	NO	
7.2 ¿Se tienen procedimientos de prevención y atención de emergencias implementados?.	1	2	
7.3 ¿Los trabajadores tienen conocimiento en procedimientos para atención de emergencias?.	1	2	
7.4 ¿Se cuenta con un sistema contra incendio adecuado y en funcionamiento?	1	2	
7.5 ¿Se cuenta con botiquín de primeros auxilios con ubicación y dotación adecuada?	1	2	

1. Cumple	2. No Cumple

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

CONTINUACIÓN 7. PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS				
Aspecto a verificar	Cumplimiento			Hallazgos
7.6 ¿Se tienen disponibles las fichas de datos de seguridad de los productos quimicos manipulados y almacenados, en caso de emplearlos	1	2	3	
7.7 ¿Todas las sustancias o productos químicos se encuentran debidamente rotulados y etiquetados?	1	2	3	
7.8 En caso de manipular o almacenar productos o sustancias químicos, ¿se cuenta con sistemas para la contencion de derrames?	1	2	3	
7.9 En caso de emplear productos o sustancias químicas, ¿los trabajadores tienen conocimiento en prácticas de manejo seguro de sustancias químicas?	1	2	3	

8. RELACIÓN DE SUSTANCIAS QUIMICAS, PRODUCTOS Y RESIDUOS

8.1 SUSTANCIAS QUÍMICAS UTILIZADAS YALMACENADAS

Nombre Comercial	Nombre Genérico	Estado Físico			Cantidad Mensual Utilizada	Cantidad Mensual Almacenada
		S	L	G		

8.2 PRODUCTO TERMINADO

Nombre Comercial	Nombre Genérico	Estado Físico			Cantidad Mensual Producida
		S	L	G	

8.3 RESIDUOS GENERADOS

Residuo Generado	Clase de Residuos	Estado Físico			Cantidad Mensual Generada
		S	L	G	

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica

S: Sólido	L: Líquido	G: Gaseoso

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

9. EXIGENCIAS:	SI	NO
9.1 Descripción de las exigencias:		

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

9.2 Concepto sanitario de la visita:	Favorable		Favorable con requerimientos*		Desfavorable	

**El establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos sanitarios establecidos en las normas vigentes.*

9.3 Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de _____días, contados a partir de día___-del mes de_____de _____, que vence el día_____ del mes de _____de_____.

9.4 Observaciones de quien realiza la visita o de quien atiende la visita:

10. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Clausura temporal total	☐	Suspensión total de trabajos o servicios	☐
Clausura temporal parcial	☐	Decomiso	☐
Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐	Congelación	☐
Destrucción o desnaturalización	☐		

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy (día/mes/año)___/___/___ en Bogotá D.C.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Profesión u oficio:	Profesión u oficio:
Firma:	Firma:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	**TESTIGO**
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐	Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐
Número de documento:	Número de documento:
Cargo: Representante legal☐ Propietario☐ Encargado☐	Firma:
Firma:	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

NOTA 1: "En concordancia con lo establecido en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, se da por comunicado que la imposición de un concepto sanitario desfavorable y/o de una medida sanitaria de seguridad de la Ley 9 de 1979, se iniciará una investigación administrativa en salud, conforme los términos establecidos en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011"

NOTA 2: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarreara las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ