

CERTIFICADO BODEGA BOGOTÁ D.C:

La suscrita representante legal de **MEDICAL GROUP ANMA S.A.S** identificada con el NIT 900.923.685-0, declara bajo la Gravedad de Juramento:

Que, **Medical Group ANMA S.A.S**, se encuentra matriculada en la Cámara de Comercio de Bogotá y contamos con un **CONVENIO DE ALMACENAMIENTO Y OPERACIÓN LOGISTICA CON SALUD MEDICAL S.A.S**, cumpliendo así con la capacidad técnica y operativa para cumplir con los tiempos de entrega establecidos por la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

DIRECCION: CLL 65 NO 19-49

TELEFONO: 8700789

CORREO ELECTRONICO: bodega@mdicalgroup.com licitaciones@mdicalgroup.com

PERSONA DE CONTACTO: Tatiana M. Avendaño Agudelo

VEHICULOS DISTRIBUCION:

TIPO VEHICULO	MARCA	PLACA
FURGON TERMOKING – CADENA DE FRIO Capacidad: 2 Toneladas	CHEVROLET NHR	EQY 559
FURGON Capacidad: 5 Toneladas	CHEVROLET FRR	GSM 349
FURGON Capacidad: 1,5 Toneladas	KIA k2700	TGZ 636
CAMIONETA Capacidad: 1 Tonelada	TOYOTA HILUX	UFZ 455

Sin otro en particular y a la espera de su positiva respuesta,

Cordialmente,



LEYDY CONSTANZA ESCANDON DUSSAN

CC. 26.430.054 Expedida en Neiva -Huila

Representante Legal

MEDICAL GROUP ANMA S.A.S

Nit: 900.923.685-0

**CONTRATO DE ALMACENAMIENTO Y OPERACIÓN LOGISTICA CELEBRADO ENTRE SALUD
MEDYCAL S.A.S Y MEDICAL GROUP ANMA S.A.S.**

Entre los suscritos a saber: **RUDDY ANDRES MIRANDA BLANCO**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 80.048.267 expedida en Bogotá D.C, en mi calidad de Representante Legal de la sociedad **SALUD MEDYCAL S.A.S**, identificada con NIT No. 900.333.306-2, y quien para efectos del presente CONTRATO se denominará **EL PRESTADOR DE SERVICIOS**, por una parte y por otra, **LEYDY CONSTANZA ESCANDON DUSSAN**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 26.430.054 expedida en Neiva, en mi calidad de Representante Legal de la sociedad **MEDICAL GROUP ANMA S.A.S**, identificada con NIT No. 900.923.685-0, y quien para efectos del presente CONTRATO se denominará **EL CLIENTE**, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE ALMACENAMIENTO Y OPERACIÓN LOGISTICA** que se regirá por las disposiciones de Derecho Privado, en especial las previstas en los Códigos de Comercio y Civil y todas aquellas disposiciones que los desarrolla, complementa, modifica o sustituya, en especial por las cláusulas que preceden, con fundamento y de acuerdo a la normativa de salud vigente.

LAS PARTES MANIFIESTAN QUE

- A) **EL PRESTADOR DE SERVICIOS**, tiene como actividad principal el proporcionar directa o indirectamente, todo tipo de servicios logísticos relacionados con la recepción técnica, almacenamiento, transporte y/o distribución de **PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS**. Actividad para la cual dispone de conocimiento suficiente y necesario, experiencia, personal idóneo e infraestructura necesaria, así como con los permisos de habilitación aplicables a los establecimientos farmacéuticos.
- B) **EL CLIENTE** tiene como objeto social y actividad principal la distribución y comercialización de medicamentos, productos farmacéuticos, entre otros, y posee con los elementos suficientes y necesarios par dar cumplimiento al presente CONTRATO

Así las cosas, ambas partes acuerdan celebrar el presente **CONTRATO DE ALMACENAMIENTO Y OPERACIÓN LOGISTICA** conforme las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA: OBJETO: EL PRESTADOR DE SERVICIOS se obliga para con EL CLIENTE a la recepción técnica, almacenamiento y distribución en la ciudad de Bogota D.C de medicamentos, productos farmacéuticos y demás productos que EL CLIENTE comercialice en los términos y condiciones previstos en el presente CONTRATO. EL PRESTADOR DE SERVICIOS actuara siempre de manera independiente en su nombre y por cuenta propia y nada de lo aquí pactado deberá interpretarse como autorización al PRESTADOR DE SERVICIOS para actuar como representante de EL CLIENTE. EL PRESTADOR DE SERVICIOS reconoce que los productos requieren un cuidado apropiado y adecuado a su naturaleza.

SEGUNDA: SERVICIOS OFERTADOS PO PARTE DE SALUD MEDYCAL SAS: SALUD MEDYCAL cuenta y garantizara a EL CLIENTE los servicios de: 1) CCAA (Certificación en capacidad de almacenamiento y acondicionamiento). 2) Manejo de productos y materias primas controladas 3) Áreas controladas de almacenamiento para productos volátiles. 4) Almacenamiento validado en cadena de frio. 5) Transporte validado de cadena de frio. 6) Manejo de contingencias (manejo de derrames). 7) Control de despachos y seguimiento de guías. 8) Control de acceso de personal. 9) Control de temperatura y humedad de áreas de almacenamiento. 10) Transporte exclusivo para medicamentos y dispositivos médicos. 11) Manejo de inventario libre disposición cadena de frio. 12) Manejo de inventario libre disposición temperatura ambiente. 13) Selección embalaje, Logística y transporte: Este servicio permite la realización de armado de las ordenes de despacho recibidas por el cliente y puesta en el lugar donde se requiera en la ciudad de Bogotá. Para entregas fuera de Bogotá se realizará un cobro adicional pactado según el destino. **CLAUSULA TERCERA-**

VALOR DEL CONTRATO: La Prestación del servicios por concepto de ocupación, EL CLIENTE se compromete a pagar el valor de **SESENTA MIL PESOS (\$60.000) M/CTE** por metro cuadrado. La prestación de servicios por concepto de logística y distribución dentro de la ciudad de Bogota será INDETERMINADO conforme surja la necesidad del servicio.; sin embargo se realizara cada mes un promedio de control y posteriormente se facturara para el respectivo cobro. **CLAUSULA CUARTA-DURACION DEL CONTRATO:** El presente CONTRATO

tiene una duración de UN (1) AÑO contados a partir de la suscripción del mismo. **CLAUSULA QUINTA-OBLIGACIONES DEL PRESTADOR DE SERVICIOS:** EL PRESTADOR DE SERVICIOS se compromete a: **1)** Adquirir, recepcionar, almacenar y distribuir los productos de Medical Group Anma SAS. los cuales deben corresponder a precios, marcas y especificaciones autorizados previamente por la Coordinación de COMPRAS de Medical Group Anma SAS. **2)** Contar con las condiciones e infraestructura en sistemas necesarias cumpliendo con los requisitos de habilitación y todos los requisitos legales vigentes indispensables para la operación así como el apoyo logístico requerido para ello (muebles, equipos de oficina,

estantería, nevera y demás elementos necesarios para el normal funcionamiento del almacenamiento de los productos suministrados por **EL CLIENTE**). **3) EL PRESTADOR DE SERVICIOS** contratará a su costa al personal encargado para la recepción, almacenamiento y distribución de los productos de **EL CLIENTE**. En ningún caso existirá relación laboral entre el personal contratado y **MEDICAL GROUP ANMA SAS**. **4)** Mantener las instalaciones adecuadas y una organización lo suficientemente desarrollada para almacenar convenientemente los productos a distribuir. **5) EL PRESTADOR DE SERVICIOS** responderá por los daños y perjuicios provocados a **EL CLIENTE** y de las reclamaciones que pueda realizar un tercero y que tengan su causa directa en errores del **PRESTADOR DE SERVICIOS** o de su personal por un inadecuado uso de los productos y que ocurra en las instalaciones del **PRESTADOR DE SERVICIOS**, en la ejecución del presente CONTRATO o que deriven en su falta de diligencia. **6) EL PRESTADOR DE SERVICIOS** no retirará, romperá o cubrirá ninguna de las marcas registradas o de los nombres de fábrica utilizados en los productos de **EL CLIENTE**. **7)** En el momento en que **EL CLIENTE** entrega los productos al **PRESTADOR DE SERVICIOS**, el **PRESTADOR DE SERVICIOS** deberá emitir y entregar al **CLIENTE** el recibo de dichos productos, que debe incluir una descripción de los mismos. Las demás que se desprendan de la naturaleza del CONTRATO. **CLAUSULA SEXTA-OBLIGACIONES DE EL CLIENTE:** **EL CLIENTE** se compromete a: **1)** Responder por la calidad de los productos. **2)** Gestionar y obtener a su cargo la totalidad de las licencias, permisos y autorizaciones que pudieren resultar necesarios para la comercialización de los productos. **3)** Prestar toda la asistencia necesaria al **PRESTADOR DE SERVICIOS** durante la vigencia del CONTRATO. **4)** Suministrar al **PRESTADOR DE SERVICIOS** cualquier información, documentación manuales, o documentos técnicos necesarios para que el **PRESTADOR DE SERVICIOS** pueda cumplir con sus obligaciones. **5) EL CLIENTE** garantiza al **PRESTADOR DE SERVICIOS** que todos los productos que suministra son originales y no vulneran la ley, derecho o interés de un tercero y que cuenta con las respectivas licencias y Registro INVIMA. **6)** Pagar al **PRESTADOR DE SERVICIOS** el valor de los servicios convenidos a los 30 días calendario siguientes a la presentación de la facturación, la cual deberá cumplir las normas dispuestas por la DIAN y términos fijados por las normas vigentes emanadas por el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. **CLAUSULA SEPTIMA-LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO:** **EL PROVEEDOR DE SERVICIOS** deberá prestar los servicios de operación logística en la ciudad de Bogotá, **CLAUSULA OCTAVA: PROPIEDAD DE LOS PRODUCTOS:** **EL CLIENTE** tendrá la plena propiedad de los productos y dicha propiedad no será cedida bajo ninguna forma al **PRESTADOR DE SERVICIOS**. El **PRESTADOR DE SERVICIOS** no ejercerá ningún derecho de propiedad sobre los productos y por tanto no arrendará, ni transferirán

enajenará los productos. **CLAUSULA NOVENA. CLAUSULA PENAL:** El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones aquí pactadas dará derecho al cobro como clausula penal una suma equivalente al 25% del valor total del CONTRATO. **CLAUSULA DECIMA- GARANTIAS:** El **PRESTADOR DE SERVICIOS** se compromete a constituir a favor de **EL CLIENTE**, las siguientes garantías: 1) DE CUMPLIMIENTO, equivalente al 20% del valor total del presente CONTRATO, por el término de duración del mismo y CUATRO (4) meses más. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA-INDEMNIDAD:** EL **PRESTADOR DE SERVICIOS** mantendrá indemne a **MEDICAL GROUP ANMA SAS** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por aquél, sus subcontratistas o proveedores, durante la ejecución del objeto contractual, y terminados éstos, hasta la liquidación definitiva del CONTRATO. Se consideran como hechos imputables al contratista, todas las acciones u omisiones de su personal, de sus subcontratistas y proveedores. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra MEDICAL GROUP ANMA SAS, por asuntos que según el CONTRATO sean de responsabilidad del DISTRIBUIDOR, éste será notificado lo más pronto posible, para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne a MEDICAL GROUP ANMA SAS. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: TERMINACION ANTICIPADA:** EL **CLIENTE**, podrá dar por terminado el CONTRATO anticipadamente, sin previo aviso al **PRESTADOR DE SERVICIOS**, en cualquier tiempo y sin lugar a indemnización a su favor, en los siguientes casos: a) Por incumplimiento por parte de **EL PRESTADOR DE SERVICIOS** a una o más de las obligaciones que adquiere en virtud de éste CONTRATO; B) Por mutuo acuerdo entre las partes. **CLAUSULA DECIMA TERCERA-EXCLUSION DE RELACION LABORAL:** El presente CONTRATO genera un vínculo comercial entre las partes y no constituye vínculo laboral entre **EL PRESTADOR DE SERVICIOS** y **EL CLIENTE**; tampoco se constituye vínculo laboral alguno entre **EL CLIENTE** y los trabajadores que ocupe **EL PRESTADOR DE SERVICIOS**, en consecuencia son de exclusiva responsabilidad de este último las prestaciones, salarios, pagos y demás emolumentos que se causen con ocasión de la relación laboral que adquiera con sus trabajadores u obligaciones con proveedores, para la ejecución del presente CONTRATO. **CLAUSULA DECIMA CUARTA-MODIFICACIONES Y ADICIONES:** El presente CONTRATO solo podrá ser modificado o adicionado por mutuo acuerdo de las partes y deberá manifestarse en forma escrita. **CLAUSULA DECIMA QUINTA-SOLUCION DE CONTROVERSIAS:** Toda controversia o diferencia relativa a este CONTRATO, su ejecución y liquidación, se resolverá preferiblemente a través de mecanismos alternativos de solución de conflictos, otorgando prioridad a la Conciliación; si agotado lo anterior no se resuelve la controversia, se acudirá a la jurisdicción competente. **CLAUSULA DECIMA SEXTA-**

CLAUSULA DE CONFIDENCIALIDAD: Durante la vigencia del presente CONTRATO y durante dos años siguientes a su vencimiento las partes deberán mantener en secreto y confidencialmente todas ls informaciones que les hayan sido comunicadas como tal por la otra parte durante la ejecución de este CONTRATO. Las partes se comprometen a utilizar estas informaciones únicamente para la distribución de los servicios y prpductos. Igualmente se compromete a no explotar por cuenta propia o de un tercero directa o indirectamente toda o parte de estas informaciones.

Para constancia se firma en Neiva (Huila) a los catorce (14) días de octubre de 2021.

PROVEEDOR,



RUDDY ANDRES MIRANDA BLANCO

C.C. 80.048.267 Bogota
Representante Legal
SALUD MEDYCAL S.A.S

DISTRIBUIDOR,



LEYDY CONSTANZA ESCANDON DUSSAN

C.C. No. 26.430.054 Neiva
Representantel Legal
MEDICAL GROUP ANMA SAS

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2021/10/04

HORA: 12:52:02

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: u8njZ8QyGK

OPERACION: AB21426785

PAGINA: 1

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS.

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON UN CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE LE PERMITE SER VALIDADO ILIMITADAMENTE DURANTE 60 DÍAS, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

Recuerde que este certificado lo puede adquirir desde su casa u oficina de forma fácil, rápida y segura en www.ccb.org.co

Para su seguridad debe verificar la validez y autenticidad de este certificado sin costo alguno de forma fácil, rápida y segura en www.ccb.org.co/certificadosselectronicos

QUE, LOS DATOS DEL EMPRESARIO Y/O EL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO HAN SIDO PUESTOS A DISPOSICIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL A TRAVÉS DE LA CONSULTA A LA BASE DE DATOS DEL RUES

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.

LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

CERTIFICA:

NOMBRE : SALUD MEDYCAL S A S

N.I.T. : 900.333.306-2 Administración : DIRECCION SECCIONAL DE IMPUESTOS DE BOGOTA, REGIMEN COMUN

DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.

CERTIFICA:

*** CONTINUA ***

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2021/10/04

HORA: 12:52:02

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: u8njZ8QyGK

OPERACION: AB21426785

PAGINA: 2

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

MATRICULA NO: 01954397 DEL 14 DE ENERO DE 2010

CERTIFICA:

RENOVACION DE LA MATRICULA :30 DE MARZO DE 2021

ULTIMO AÑO RENOVADO : 2021

ACTIVO TOTAL : 1,927,606,629

CERTIFICA:

DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL : CLL 65 NO 19-49

MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.

EMAIL DE NOTIFICACION JUDICIAL : cisaludmedycalsas@gmail.com

DIRECCION COMERCIAL : CLL 65 NO 19-49

MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.

EMAIL COMERCIAL : cisaludmedycalsas@gmail.com

CERTIFICA:

Por Acta No. 001 del 13 de enero de 2010 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 14 de enero de 2010, con el No. 01354023 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada C I SALUD MEDYCAL S A S.

CERTIFICA:

Por Acta No. 05 del 19 de octubre de 2011 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 19 de octubre de 2011, con el No. 01521499 del Libro IX, la sociedad cambió su denominación o razón social de C I SALUD MEDYCAL S A S a SALUD MEDYCAL S A S.

CERTIFICA:

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO

INSCRIPCIÓN

Acta No. 02 del 10 de octubre de 2010 de la Asamblea de Accionistas	01422237 del 15 de octubre de 2010 del Libro IX
Acta No. 05 del 19 de octubre de 2011 de la Asamblea de Accionistas	01521499 del 19 de octubre de 2011 del Libro IX

*** CONTINUA ***

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2021/10/04

HORA: 12:52:02

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: u8njZ8QyGK

OPERACION: AB21426785

PAGINA: 3

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

Acta No. 05 del 20 de diciembre de 01536961 del 20 de diciembre 2011 de la Asamblea de Accionistas de 2011 del Libro IX

CERTIFICA:

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

CERTIFICA:

La sociedad tendrá por objeto las siguientes actividades: A. Importación, exportación, comercialización, venta de medicamentos e insumos medico quirúrgicos, importación, exportación, comercialización de todo tipo de maquinaria y equipo. Actividades de asesoramiento empresarial como consultoría profesional. Comercio al por mayor de productos para el consumo humano. La empresa podrá realizar cualquier acto lícito de comercio para el buen funcionamiento del objeto social. De sociedades comerciales ya sea como asociada fundadora o que luego de su constitución, ingrese a ellas por adquirir interés social en las mismas, comercializar los bienes y productos que adquiera a cualquier título, abrir establecimientos de comercio con tal fin; adquirir, enajenar, gravar, administrar, tomar y dar en arrendamiento toda clase de bienes muebles e inmuebles y en especial hipotecar los bienes inmuebles que adquiera y dar en prenda los bienes muebles que sean de su propiedad; intervenir ante terceros, sean ellos personas naturales o jurídicas, y en especial ante entidades bancarias y crediticias como deudora de toda clase de operaciones de crédito, otorgando las garantías del caso cuando a ello hubiere lugar; dar y recibir dinero en mutuo, con interés o sin él, exigir u otorgar las garantías reales o personales que se requieran en cada caso; celebrar con establecimientos bancarios, financieros y aseguradoras, toda clase de operaciones y contratos relacionados con los negocios y bienes sociales que tengan como fin acrecer su patrimonio; girar, aceptar, endosar, asegurar, cobrar y negociar toda clase de títulos valores;

*** CONTINUA ***

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2021/10/04

HORA: 12:52:02

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: u8njZ8QyGK

OPERACION: AB21426785

PAGINA: 4

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

administrar bienes de sus asociados o de terceros; celebrar todos los actos y contratos necesarios para el cabal cumplimiento de su objeto social, dentro de los límites y en las condiciones previstas por la ley y estos estatutos.

CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:

4645 (COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, MEDICINALES, COSMÉTICOS Y DE TOCADOR)

ACTIVIDAD SECUNDARIA:

4659 (COMERCIO AL POR MAYOR DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA Y EQUIPO N.C.P.)

OTRAS ACTIVIDADES:

4761 (COMERCIO AL POR MENOR DE LIBROS, PERIÓDICOS, MATERIALES Y ARTÍCULOS DE PAPELERÍA Y ESCRITORIO, EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS)

4669 (COMERCIO AL POR MAYOR DE OTROS PRODUCTOS N.C.P.)

CERTIFICA:

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor : \$400.000.000,00

No. de acciones : 40.000,00

Valor nominal : \$10.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor : \$277.000.000,00

No. de acciones : 27.700,00

Valor nominal : \$10.000,00

* CAPITAL PAGADO *

*** CONTINUA ***

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2021/10/04

HORA: 12:52:02

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: u8njZ8QyGK

OPERACION: AB21426785

PAGINA: 5

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

Valor : \$277.000.000,00

No. de acciones : 27.700,00

Valor nominal : \$10.000,00

CERTIFICA:

La representación legal de la sociedad estará a cargo del Gerente con su respectivo suplente.

CERTIFICA:

Mediante Acta No. 001 del 13 de enero de 2010, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 14 de enero de 2010 con el No. 01354023 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Gerente	Miranda Blanco Ruddy	C.C. No. 000000080048267
	Andres	
Suplente	Del Yepez Rico Kelim	C.C. No. 000000053043592
Gerente	Johanna	

CERTIFICA:

Facultades del Gerente: El Gerente y el suplente del Gerente son los representantes legales de la empresa, con facultades, por lo tanto, para ejecutar todos los actos y contratos acordes con la naturaleza de su encargo y que se relacionen directamente con el giro ordinario de los negocios de la empresa. En especial, el Gerente tendrá las siguientes funciones: 1. Usar de la firma o razón social. 2. Designar los empleados que requiera el normal funcionamiento de la compañía y señalarles su remuneración. 3. Rendir cuentas de su gestión al constituyente, en la forma establecida en el artículo undécimo. 4. Constituir los apoderados judiciales necesidades para la defensa de

*** CONTINUA ***

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2021/10/04

HORA: 12:52:02

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: u8njZ8QyGK

OPERACION: AB21426785

PAGINA: 6

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

los intereses sociales.

CERTIFICA:

Mediante Acta No. 22-2020 del 16 de septiembre de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de septiembre de 2020 con el No. 02617119 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal	Alfonso Montealegre	C.C. No. 000000052853670
	Adriana Melissa	

CERTIFICA:

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de la correspondiente anotación, siempre que no sean objeto de recurso. Los sábados no son tenidos en cuenta como días hábiles para la Cámara de Comercio de Bogotá.

* * *	EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE PERMISO DE	* * *
* * *	FUNCIONAMIENTO EN NINGUN CASO	* * *

INFORMACION COMPLEMENTARIA

LOS SIGUIENTES DATOS SOBRE RIT Y PLANEACION DISTRITAL SON INFORMATIVOS CONTRIBUYENTE INSCRITO EN EL REGISTRO RIT DE LA DIRECCION DISTRITAL DE IMPUESTOS, FECHA DE INSCRIPCION : 10 DE FEBRERO DE 2010

FECHA DE ENVIO DE INFORMACION A PLANEACION DISTRITAL : 11 DE MAYO DE 2021

SEÑOR EMPRESARIO, SI SU EMPRESA TIENE ACTIVOS INFERIORES A 30.000

*** CONTINUA ***

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2021/10/04

HORA: 12:52:02

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: u8njZ8QyGK

OPERACION: AB21426785

PAGINA: 7

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

SMLMV Y UNA PLANTA DE PERSONAL DE MENOS DE 200 TRABAJADORES, USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UN DESCUENTO EN EL PAGO DE LOS PARAFISCALES DE 75% EN EL PRIMER AÑO DE CONSTITUCION DE SU EMPRESA, DE 50% EN EL SEGUNDO AÑO Y DE 25% EN EL TERCER AÑO. LEY 590 DE 2000 Y DECRETO 525 DE 2009.

RECUERDE INGRESAR A www.supersociedades.gov.co PARA VERIFICAR SI SU EMPRESA ESTA OBLIGADA A REMITIR ESTADOS FINANCIEROS. EVITE SANCIONES.

TAMAÑO EMPRESA

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 2.2.1.13.2.1 DEL DECRETO 1074 DE 2015 Y LA RESOLUCIÓN 2225 DE 2019 DEL DANE EL TAMAÑO DE LA EMPRESA ES Pequeña

LO ANTERIOR DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN REPORTADA POR EL MATRICULADO O INSCRITO EN EL FORMULARIO RUES:

INGRESOS POR ACTIVIDAD ORDINARIA \$3,686,312,870

ACTIVIDAD ECONÓMICA POR LA QUE PERCIBIÓ MAYORES INGRESOS EN EL PERÍODO - CIIU : 4645

** ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DE LA **

** SOCIEDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION. **

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO,

VALOR : \$ 0

*** CONTINUA ***

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2021/10/04

HORA: 12:52:02

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: u8njZ8QyGK

OPERACION: AB21426785

PAGINA: 8

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

Para verificar que el contenido de este certificado corresponda con la información que reposa en los registros públicos de la Cámara de Comercio de Bogotá, el código de verificación puede ser validado por su destinatario solo una vez, ingresando a www.ccb.org.co

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.048.267**

MIRANDA BLANCO

APELLIDOS

RUDDY ANDRES

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUN-1979**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77

ESTATURA

B+

G.S. RH

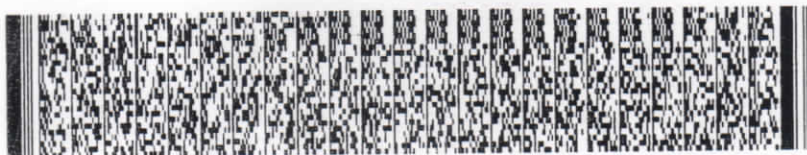
M

SEXO

03-DIC-1997 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00154985-M-0080048267-20090423

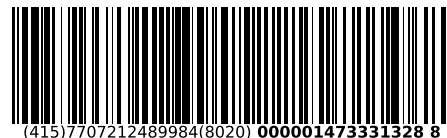
0010959900A 1

1150045374

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14733313288



(415)7707212489984(8020) 000001473331328 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 3 3 3 3 0 6

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

SALUD MEDYCAL S.A.S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1

39. Departamento

Bogotá D.C.

1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 65 19 49

42. Correo electrónico

cisaludmedycalsas@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

2 1 7 0 5 7 0

45. Teléfono 2

3 0 0 2 0 6 6 2 2 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

4 6 4 5

2 0 1 0 0 1 1 3

4 6 5 9

2 0 1 0 0 1 1 3

4 7 6 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
5 7 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 52 - Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título de renta

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2 3
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3
57. Modo
58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2021 - 01 - 22 / 17 : 10 : 11

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MIRANDA BLANCO RUDDY ANDRES

985. Cargo Representante legal Certificado

**CERTIFICADO CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO Y/O
ACONDICIONAMIENTO (CCAA) DISPOSITIVOS MÉDICOS**

Código: ASS-AYC-FM037

Versión: 03

Fecha de Emisión: 27/03/2019

Página 1 de 1

RADICACIÓN No 20191132529 FECHA 12/07/2019

LA SUSCRITA DIRECTORA TÉCNICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INVIMA, CERTIFICA QUE EL ESTABLECIMIENTO RELACIONADO A CONTINUACIÓN, CUMPLE CON LAS CONDICIONES SANITARIAS, DE CONTROL DE CALIDAD, DE DOTACIÓN Y RECURSO HUMANO PARA EL ALMACENAMIENTO Y/O ACONDICIONAMIENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE (DECRETO 4725 DE 2005) Y EL MANUAL DE CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO Y/O ACONDICIONAMIENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS (RESOLUCIÓN 4002 DE 2007). FECHA DE VISITA DE CERTIFICACION: 13/NOVIEMBRE/2019.

1. ESTABLECIMIENTO IMPORTADOR**NOMBRE:** SALUD MEDYCAL S.A.S**DIRECCIÓN:** CALLE 65 No 19 – 49**TELÉFONO:** (1) 2555688**E-MAIL:** INFO@SALUDMEDYCAL.COM**CIUDAD / MUNICIPIO:** BOGOTÁ D.C**DEPARTAMENTO:** BOGOTÁ D.C**PAÍS:** COLOMBIA**NIT:** 900.333.306-2**2. REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO****NOMBRE:** RUDDY ANDRÉS MIRANDA BLANCO**DIRECCIÓN:** CALLE 65 No 19 – 49**TELÉFONO:** (1) 2555688**E-MAIL:** INFO@SALUDMEDYCAL.COM**CIUDAD / MUNICIPIO:** BOGOTÁ D.C**DEPARTAMENTO:** BOGOTÁ D.C**PAÍS:** COLOMBIA**3. DIRECCIÓN TÉCNICA****NOMBRE Y APELLIDOS:** HARRY ARBEY RONCANCIO**IDENTIFICACIÓN:** C.C. No. 80171795 DE BOGOTÁ D.C**4. ESTABLECIMIENTO DONDE SE ALMACENAN LOS PRODUCTOS****NOMBRE:** SALUD MEDYCAL S.A.S**DIRECCIÓN:** CALLE 65 No. 19 – 49**CIUDAD / MUNICIPIO:** BOGOTÁ D.C**DEPARTAMENTO:** BOGOTÁ D.C**PAÍS:** COLOMBIA**5. ACTIVIDAD AUTORIZADA**

ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, A CONDICIONES DE TEMPERATURA AMBIENTE, DE ACUERDO A LO CONTEMPLADO EN LA RESOLUCIÓN 4002 DE 2007 Y EL DECRETO 4725 DE 2005. *****

CERTIFICADO NO. 0735**FECHA: BOGOTÁ D.C. 14 DE NOVIEMBRE DE 2019**Certificación vigente hasta el día 12 de noviembre de 2024.

Esta certificación de CCAA será válida siempre y cuando el establecimiento mantenga las condiciones higiénicas, técnicas, locativas y de control de calidad con las cuales se emitió el concepto técnico Cumple y estará sujeto a la vigilancia y control del Invima.

Todos los folios de este documento llevan sello del Invima. Documento válido únicamente en su original.


LUCIA AYALA RODRÍGUEZDirector (a) Técnico (a) de Dispositivos Médicos
y Otras TecnologíasProyectó: DCVR 5200-12
C.C. Exp.: DC-2585

Revisó: 5200-04 MEOP

Aprobó: 5200-02 KADR

EL FORMATO IMPRESO, SIN DILIGENCIAR, ES UNA COPIA NO CONTROLADA<https://www.invima.gov.co/procesos>

Subred: Norte Número de Inscripción: MS00002854
Unidad de Servicios de Salud: Chapinero Número de Carpeta: _____

1. CÉDULA ESTABLECIMIENTO

1.1 Razón social: Salud Medycal S.A.S.
1.2 Nombre del establecimiento: Salud Medycal S.A.S.
1.3 NIT: 900333306-2 1.4 Sede: no tiene.
1.5 Dirección: CL 65 19 49 1.6 Localidad: Barrios Unidos.
1.7 UPZ: Alcazaries 1.8 Teléfono 1: 2170570 1.9 Teléfono 2: 2555688
1.10 Barrio: Rafael Uribe 1.11 Correo electrónico: disaludmedycalsas@gmail.com
1.12 Nombre propietario: Salud Medycal S.A.S.
1.13 Tipo de documento: C. C. ☐ C. E. ☐ NIT. ☒ 1.14 Número documento: 900333306-2.
1.15 Nombre representante legal: Ruddy Andrés Miranda Blanco.
1.16 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ 1.17 Número documento: 80048267.
1.18 Persona que atiende la visita: Ruddy Andrés Miranda 1.19 Cargo: Representante legal
1.20 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ 1.21 Número documento: 80048267
1.22 Dirección de notificación: CL 65 19 49.
1.23 Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☐ NO ☐
1.24 Número matrícula mercantil del establecimiento: _____
1.25 La matrícula mercantil del establecimiento está actualizada: SI ☐ NO ☐
1.26 Línea de intervención: Medicamentos 1.27 Tipo de establecimiento: Deposito de Drogas
1.28 Intervención: Visita TVE a Deposito de Drogas.
1.29 Número de trabajadores: 6 1.30 Horario: diurno ☒ nocturno ☐ 24 horas ☐ otro: _____
1.31 Días de funcionamiento: lunes a viernes ☒ domingo a domingo ☐ fin de semana ☐ otro: y sábado

VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO	MEDIDA SANITARIA SI NO		MOTIVO
Visita 1	18	08	2020	Revisión de cumplimiento	-	X	(VO) Visita de oficio
Visita 2							(NC) Notificación comunitaria
Visita 3							(AB) Asociada a brote
Visita 4							(SI) Solicitud del interesado Rad. <u>21/07/2020</u>
							(SO) Solicitud oficial Rad. _____

2. TALENTO HUMANO

Aspectos a verificar

2.1 Nombre del Director Técnico: Jhoan Camilo Rodríguez Ortiz
2.2 Tipo de Documento: _____
2.3 Número de documento: 1093770249
2.4 Título o permiso de: Tecnólogo en Regeneración de Farmacos
2.5 Registro o resolución: Inscripción SDS 1093770249
2.6 Tarjeta Profesional: _____
2.7 Horario de trabajo: _____
2.8 Al momento de la visita el Director Técnico Estaba presente: SI ☒ NO ☐ N.A. ☐
2.9 El establecimiento cuenta con copia del contrato del Director Técnico: SI ☒ NO ☐ N.A. ☐

3. CLASIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Aspectos a verificar

3.1 Área total del establecimiento (m²): 80m²
A. Cédula de ciudadanía B. Cédula de extranjería C. Tarjeta de identidad D. Pasaporte E. Nit N. A.: No aplica

Continuación 3. CLASIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Aspectos a verificar		
3.2 Agencia de Especialidades Farmacéuticas.	SI	NO
3.3 Depósito de Drogas.	SI	NO

4. ASPECTOS LOCATIVOS ADECUADOS

Decreto 780 de 2016, Resolución 1403 de 2007 Numeral 1.1 Capítulo II Título I del manual de condiciones esenciales

Aspectos a verificar		Cumplimiento	
4.1 Los pisos son de material impermeable, resistente, con sistema de drenaje para su fácil limpieza y sanitización	SI	NO	
4.2 Las paredes son impermeables, sólidas, de fácil limpieza, resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura.	SI	NO	
4.3 Los techos están limpios y no presentan acumulación de suciedades, hongos, polvo o humedad	SI	NO	
4.4 El o las áreas de almacenamiento son independientes, diferenciadas, señalizadas y presentan condiciones ambientales de humedad relativa y temperatura controladas	SI	NO	
4.5 La iluminación artificial y/o natural permite la conservación adecuada de medicamentos, dispositivos médicos y otros productos farmacéuticos	SI	NO	
4.6 Las instalaciones eléctricas presentan plafones en buen estado, tomas, interruptores y cableado protegido	SI	NO	
4.7 La ventilación natural y/o artificial garantiza la conservación adecuada de los medicamentos, dispositivos médicos y demás productos farmacéuticos	SI	NO	

5. ÁREAS DEFINIDAS, INDEPENDIENTES, DEMARCADAS Y SEÑALIZADAS

Decreto 780 de 2016 y Resolución 1403 Numeral 2.2 Capítulo IV, Título I del manual de condiciones esenciales

Aspectos a verificar		Cumplimiento	
5.1 Área administrativa debidamente delimitada	SI	NO	
5.2 Área para la recepción de medicamentos, dispositivos médicos y demás productos farmacéuticos	SI	NO	
5.3 Área de cuarentena de medicamentos y demás productos farmacéuticos	SI	NO	
5.4 Área para almacenamiento, teniendo en cuenta los tipos de productos que se van a distribuir	SI	NO	
5.5 Área adecuada y segura para el almacenamiento de medicamentos de control especial	SI	NO	N.A.
5.6 Área apropiada para el almacenamiento de materias primas y medicamentos que requieren cadena de frío	SI	NO	
5.7 Área segura para el almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos y demás productos farmacéuticos que deben ser destruidos y/o desnaturalizados por vencimiento, avería y/o deterioro	SI	NO	
5.8 Área destinada y segura para el almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos y demás productos farmacéuticos que deben ser rechazados, devueltos y/o retirados del mercado	SI	NO	
5.9 Área destinada al alistamiento y/o despacho (Picking)	SI	NO	
5.10 Área independiente de reenvase de materia prima farmacéutica o de grado técnico en caso de realizarlo	SI	NO	N.A.
5.11 Área para manejo y disposición de residuos de acuerdo con la reglamentación vigente	SI	NO	
5.12 Las áreas están alejadas de sitios de alta contaminación	SI	NO	
5.13 Se facilita la circulación de personas y objetos en estas áreas	SI	NO	

6. PRODUCTOS

Aspectos a verificar

6.1 Medicamentos alopáticos	SI	NO	N.A.
6.2 Medicamentos que requieren cadena de frío	SI	NO	N.A.
6.3 Medicamentos de control especial	SI	NO	N.A.
6.4 Acta de Arqueo número	SI	NO	N.A.
6.5 Cosméticos	SI	NO	N.A.
6.6 Suplementos dietarios	SI	NO	N.A.
6.7 Productos fitoterapéuticos	SI	NO	N.A.
6.8 Dispositivos médicos	SI	NO	N.A.
6.9 Reactivos de diagnóstico	SI	NO	N.A.
6.10 Alimentos procesados	SI	NO	N.A.
6.11 Materias primas para medicamentos	SI	NO	N.A.
6.12 Materias primas para cosméticos	SI	NO	N.A.
6.13 Materias primas para alimentos	SI	NO	N.A.

Impresión: Subdirección Inspección Distrital DSI

N. A.: No aplica

Continuación 6. PRODUCTOS

Aspectos a verificar	SI	NO	N. A.
6.14 Productos químicos (Reactivos para laboratorio, tintas, etc.).			<input checked="" type="checkbox"/>
6.15 Otros (insumos varios como productos veterinarios, de aseo y limpieza, tecnología, industria automotriz, ropa, etc.).			<input checked="" type="checkbox"/>

7. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO

Aspectos a verificar	Cumplimiento	
	SI	NO
7.1 Se cuenta con control de fechas de vencimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Se cuenta con mecanismos que garanticen condiciones de temperatura y humedad relativa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Se cuenta con registros de condiciones de temperatura y humedad actualizados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 Se cuentan con termohigrometros debidamente calibrados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 Se cuentan con criterio de almacenamiento que minimice eventos de confusión, pérdida y/o vencimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 Se cuentan con condiciones de almacenamiento de acuerdo a lo informado por los fabricantes de los productos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7.7 Se cuentan con condiciones de limpieza adecuadas en cada área	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7.8 Se cuentan con almacenamiento de sustancias peligrosas independientemente y demarcadas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.9 Se cuentan con almacenamiento de productos farmacéuticos debidamente estibados en material sanitario y fácil de limpiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.10 El etiquetado de empaque y envases de los productos verificados cumple con la normatividad sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE REQUIEREN CADENA DE FRIO

Aspectos a verificar	Cumplimiento		
	SI	NO	N. A.
8.1 El o los cuartos fríos cuentan con mecanismos que registran la temperatura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Los mecanismos que registran la temperatura de los cuartos fríos se calibran periódicamente (como mínimo cada año)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 El número y capacidad de los cuartos fríos se encuentra acorde con la cantidad y volumen de productos farmacéuticos allí almacenados	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Cuentan con plan de contingencia en caso de interrupción de la energía eléctrica o daño de unidades refrigerantes que permita que el medicamento y demás productos farmacéuticos que lo requieran conservan la cadena de frío	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES CONTROL LOGÍSTICO

Aspectos a verificar	Recibo	Cumplimiento	
		SI	NO
9.1 Recibo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Almacenamiento		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 Aislamiento de mercancía		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 Gestión de inventarios		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5 Embalaje		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6 Devoluciones		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7 Otros		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES TRANSPORTE

Aspectos a verificar	Cumplimiento	
	SI	NO
10.1 Administración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 Coordinación de despachos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 Distribución	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4 Cargue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5 Descargue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES ACONDICIONAMIENTO SECUNDARIO

Aspectos a verificar	Codificado	Cumplimiento		
		SI	NO	N. A.
11.1 Codificado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11.2 Termoencogido de medicamentos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11.3 Etiquetado y/o deseticetado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11.4 Estuchado y/o desestuchado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11.5 Colocación de sticker, código de barras/censor.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11.6 Revisión		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11.7 Otros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

N. A.: No aplica

12. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REENVASE DE MATERIAS PRIMAS (Decreto 1950 de 1964-Decreto 2200 de 2005-Resolución 1403 de 2007 y el Manual que Adopta)			
Aspectos a verificar	Cumplimiento		
12.1 Reenvase de Materias Primas grado farmacéutico, (ej. USP, para fabricación de medicamentos, cosméticos etc.)	SI	NO	N.A.
12.2 El reenvase de materias primas se realiza en sección independiente y cuenta con las instalaciones y la dotación necesaria para realización del reenvase	SI	NO	N.A.
12.3 En los rótulos o etiquetas de los productos reenvasados, figura el nombre del establecimiento, el del profesional responsable, el nombre comercial y genérico del producto, el peso o volumen del mismo, y la edición de la Farmacopea a que pertenezca	SI	NO	N.A.
12.4 El establecimiento para el reenvase de material prima, cuenta con profesional Químico Farmacéutico como Director Técnico responsable	SI	NO	N.A.
12.5 Para el reenvase de materias primas, el establecimiento cuenta con los protocolos según Resolución 1403 de 2007 y el Manual que adopta (Título I, Capítulo IV Numeral 2.4) tales como Limpieza y desinfección de áreas, Desinfección personal, Ingreso a las áreas, Contaminación accidental, Control físico-químico y microbiano, Uso, calibración, desinfección y mantenimiento de equipos	SI	NO	N.A.

13. RETIRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DEL MERCADO. (Resolución 1403, Capítulo VII, Art. 26)			
Aspectos a verificar	Cumplimiento		
13.1 Cuenta la organización con personal capacitado y responsable, en el caso de retiro de productos farmacéuticos del mercado cuando así se requiera	SI	NO	
13.2 Se tienen procedimientos escritos para el retiro inmediato de aquellos medicamentos, dispositivos médicos y demás productos farmacéuticos que así lo requieran	SI	NO	
13.3 Se tienen registros de las entregas de los medicamentos, dispositivos médicos y demás productos farmacéuticos que permitan la identificación inmediata del destino de los productos comercializados (trazabilidad).	SI	NO	
13.4 Los productos farmacéuticos motivo de retiro del mercado se separan del inventario y del sitio de almacenamiento a un área segura	SI	NO	
13.5 Se informa al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y alimentos INVIMA dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes al retiro de los productos farmacéuticos	SI	NO	

14. TRANSPORTE (Numeral 7 Capítulo III Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos especiales del Servicio Farmacéutico)			
Aspectos a verificar	Cumplimiento		
14.1 Los medicamentos y demás productos farmacéuticos se encuentran en embalaje que garantizan la protección adecuada contra todos los aspectos externos	SI	NO	
14.2 Se informa al transportador las características de los medicamentos y las condiciones especiales para el almacenamiento, embalaje, cargue, ubicación en el medio de transporte y entrega técnica al destinatario	SI	NO	
14.3 Existen controles y registros que demuestren que se cumplen las condiciones especiales de almacenamiento para aquellos medicamentos y/o productos farmacéuticos que así lo requieran (medicamentos que requieren cadena de frío, radiofármacos etc.)	SI	NO	
14.4 Se entregaron los documentos necesarios para el cumplimiento del transporte y las formalidades de aduana, policía y sanidad	SI	NO	
14.5 Se señaló al transportador las características restringidas de los medicamentos y/o materias primas a transportar indicando las condiciones especiales de manejo y las precauciones que deben adoptarse (materias primas y/o medicamentos de control especial)	SI	NO	
14.6 El rotulado de los embalajes de los medicamentos y demás productos farmacéuticos es indeleble y claro.	SI	NO	
14.7 Los vehículos que transportan los medicamentos, dispositivos médicos, cuentan con concepto sanitario favorable	SI	NO	
14.8 Número de acta IVC Vehículos <u>N.A.</u> Subred <u>N.A.</u> Fecha <u>N.A.</u>			

15. CERTIFICACIONES Y RESOLUCIONES			
Aspectos a verificar	Cumplimiento		
15.1 Resolución de Inscripción ante el Fondo Nacional de Estupefacientes para medicamentos de control especial	SI	NO	N.A.
15.2 Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura para el Acondicionamiento Secundario	SI	NO	N.A.
15.3 Certificado de Capacidad de almacenamiento y/o Acondicionamiento de Dispositivos Médicos/Reactivos de diagnóstico	SI	NO	N.A.

16. CONDICIONES SANITARIAS			
Aspectos a verificar	Cumplimiento		
16.1 Existen recipientes suficientes, adecuados, bien ubicados e identificados para la recolección interna de desechos sólidos o basuras. Los cuales cuentan con tapa	SI	NO	

N. A.: No aplica

Hoja 4/6

Continuación 16. CONDICIONES SANITARIAS		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
16.2 Las basuras son retiradas con la frecuencia necesaria para evitar generación de olores, molestias sanitarias, contaminación del producto y/o superficies y proliferación de plagas	SI	NO
16.3 Existe un local e instalación destinada exclusivamente para el depósito temporal de los residuos sólidos, adecuadamente ubicado, protegido y en perfecto estado de mantenimiento	SI	NO
16.4 Existen registros de realización de inspección, limpieza y desinfección periódica en las diferentes áreas, equipos, utensilios y manipuladores	SI	NO
16.5 Existen procedimientos escritos y registros sobre el control de plagas con una empresa autorizada por la autoridad competente	SI	NO

17. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (Art. 17 Capítulo IV de la Resolución 1403 de 2007)		
Aspectos a verificar	Cumplimiento	
17.1 Contiene la estructura interna y las principales funciones.	SI	NO
17.2 Describe usuarios o beneficiarios de los servicios prestados y el nivel de satisfacción relacionada con las funciones a cargo y la calidad de las mismas.	SI	NO
17.3 Relaciona los proveedores de materias primas, medicamentos y dispositivos médicos.	SI	NO
17.4 Se evidencia que los procesos propios del establecimiento se efectúan según procedimientos documentados, existiendo evidencia de su seguimiento, análisis y medición.	SI	NO
17.5 Describe los procesos estratégicos y críticos que resultan determinantes de la calidad, su secuencia e interacción, según criterios técnicos previamente definidos.	SI	NO
17.6 Describe los criterios y métodos necesarios para asegurar que los procesos sean eficaces tanto en su operación como en su control.	SI	NO
17.7 Describe puntos de control para riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que impacten considerablemente la satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los usuarios, con la participación de los responsables de cada una de las actividades y/o procesos del servicio.	SI	NO
17.8 Relaciona las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y para la mejora continua de los procesos.	SI	NO

18. ¿Se informó oportunamente los cambios de dirección, director técnico, propietario o apertura a la Secretaría Distrital de Salud

SI NO N.A.

19. EXIGENCIAS:

19.1 Descripción de las exigencias:

El establecimiento debe: (1) Contar con termómetro calibrado en el intervalo de uso como es la temperatura de 2-8°C. (8.2), (2) Contar con nevera con la capacidad de acuerdo con el volumen de la producción de medicamentos (8.3), (3) Contar con descripción de la recepción técnica y administrativa de los productos de cadena de frío (9.1), (4) Contar con descripción y registros del procedimiento de almacenamiento y entrega de los medicamentos de cadena de frío (9.3), (5) Contar con la capacitación del personal responsable, en el caso de ritiro de productos farmacéuticos del mercado (13.1), (6) Sistema de Gestión de calidad; realizar ajuste a organigrama y flujograma de funciones del Director técnico (10.1), (7) Contar con procedimiento del nivel de satisfacción del usuario (10.2), (8) Dar cumplimiento a cronograma con sus registros correspondientes (10.4), (9) Realizar ajuste a mapa de procesos incluyendo todos los procesos misionales de acuerdo con la resolución 1403/2007-10 (17.5), (10) Realizar caracterización a los procesos misionales anteriores (17.6), (11) Contar con matriz de riesgo que incluya todos los procesos misionales y los controles correspondientes para cada riesgo. Cont.

Continuación 19.1 Descripción de las exigencias: *Nota: No se encuentran productos farmacéuticos que se conservan como productos sexuales.*
Nota: No se encuentran productos relacionados con dietas.
Continua: Continúa con descripción de la estructura de la planta de fabricación y registros (16.4)

19.2 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, pero las condiciones sanitarias evidenciadas no conllevan a un riesgo inminente para la salud humana.

19.3 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 _____. De acuerdo a la ley 9 de 1979 y decretos reglamentarios, Ley 715 de 2001 y demás disposiciones legales vigentes.

19.4 Observaciones de quien atiende la visita: *En el punto 8.2 se cumple el termómetro especializado en cadena fría según certificado -50+30°C. Logo certificado 11763-20, se efectúa la debida petición a Inadmedica.*

19.5 Observaciones de quien realiza la visita: ** Se declara T.T. en sí. * Se declara 9.1 en no.*

20. APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD (ART. 576 LEY 9ª DE 1979)

20.1 Clausura temporal total	<input type="checkbox"/>	20.4 Suspensión total de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>
20.2 Clausura temporal parcial	<input type="checkbox"/>	20.5 Decomiso	<input type="checkbox"/>
20.3 Suspensión parcial de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>	20.6 Congelación	<input type="checkbox"/>

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

21. FUNCIONARIO DE SALUD (1)

21.1 Nombre: *María González Pineda*
21.2 Tipo de documento: *cc*
21.3 Número de documento: *35324973*
21.4 Cargo: *Q.F.*
21.5 Firma: *[Firma]*

22. FUNCIONARIO DE SALUD (2)

22.1 Nombre: *María González Pineda*
22.2 Tipo de documento: *cc*
22.3 Número de documento: *1018-459-049*
22.4 Cargo: *Q.F.*
22.5 Firma: *[Firma]*

23. PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

23.1 Nombre: *LUIS ALVARO MORALES*
23.2 Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐
23.3 Número de documento: *8114820*
23.4 Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☐ Encargado ☒
23.5 Firma: *[Firma]*

24. TESTIGO

24.1 Nombre: _____
24.2 Tipo de documento: _____
24.3 Número de documento: _____
24.4 Firma: _____

Nota: En aplicación de la Ley 1437 de 2011 artículos 2 y 3 numeral 4 principio de buena fe, hago constar que he recibido copia del acta de visita, la cual haré llegar al propietario o representante legal del establecimiento o similares, de lo contrario me hago responsable solidario ante cualquier investigación. La dirección de notificación deberá entenderse que es la misma del establecimiento, salvo que se trate de entidades públicas o establecimientos de cadena, la cual será la que ellos indiquen; el propietario o representante legal deberá informar a la autoridad sanitaria la dirección de notificación en caso de cambio. Autorizo a las autoridades de inspección vigilancia y control para notificar o enviar información a través del correo electrónico que queda registrado en la presente acta.

Este es un documento público de conformidad con lo establecido en el artículo 264 del código de procedimiento civil.

Subred: Norte Número de Inscripción: MS 00002854
Unidad de Servicios de Salud: Chagineru
Nombre del establecimiento: Salud Hedycal S.A.S. Dirección: CL 65 19 49
Razón Social: Salud Hedycal S.A.S. Fecha: 18.08.2020

1. ESTRUCTURA Y PRINCIPALES FUNCIONES

Resolución 1403/2007, Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico Título I		
	SI	NO
1.1.1 Estructura del Servicio/Establecimiento Farmacéutico (Áreas adecuadas, independientes y señalizadas).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.2 Organigrama del Servicio/Establecimiento Farmacéutico.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.1.3 Manual de Funciones de los Cargos Desempeñados en el Servicio/Establecimiento Farmacéutico.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2 Funciones		
Resolución 1403/2007, Artículo 5°		
	SI	NO
1.2.1 Administrativa: Planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar los servicios relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos ofrecidos a los pacientes y a la comunidad en general.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.2 Promoción: Impulsar estilos de vida saludable y el uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.3 Prevención: Prever factores de riesgo derivados del uso inadecuado de medicamentos y dispositivos médicos, así como problemas relacionados con su uso.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.4 Suministro: Seleccionar, adquirir, recibir, almacenar, distribuir y dispensar medicamentos y dispositivos médicos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.5 Participación en Programas: Tomar parte en la creación y/o desarrollo de programas relacionados con los medicamentos, especialmente Farmacovigilancia (procedimiento para el reporte de eventos adversos).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2° USUARIOS O BENEFICIARIOS Y SU NIVEL DE SATISFACCIÓN

Resolución 1403/2007, Artículo 4°		
	SI	NO
2.1 Procedimiento para el manejo de quejas y medición del nivel de satisfacción del usuario.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Cuadro de control y seguimiento a quejas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Informe de medición de la satisfacción del usuario.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3° RELACIÓN DE PROVEEDORES

Resolución 1403/2007, Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico Título II, Capítulo II, Numeral 2		
	SI	NO
3.1 Procedimiento de adquisición relacionando proveedores autorizados.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Autorizaciones: Actas de visita de Secretaría de Salud a las instalaciones de los proveedores (fecha inferior a 1 año y concepto no desfavorable).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4° PROCESOS DOCUMENTADOS, SEGUIMIENTO, ANÁLISIS Y MEDICIÓN

Resolución 1403/2007, Artículo 9, Artículo 18, Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico Título II, Capítulo II		
	SI	NO
4.1 Procedimiento de Generación y Control de la Documentación y Registros (control de cambios).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Procedimiento de Inducción y Capacitación del personal del servicio/establecimiento farmacéutico.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Manual de Procesos y Procedimientos (Procesos Misionales).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.4 Registros de ejecución de actividades (actas, registros, controles, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.5 Cronograma de capacitaciones del personal y registro de capacitación.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.6 Objetivos de calidad e indicadores de gestión.	4.6.1 Selección	<input checked="" type="checkbox"/>
	4.6.2 Adquisición	<input checked="" type="checkbox"/>
	4.6.3 Recepción	<input checked="" type="checkbox"/>
	4.6.4 Almacenamiento	<input checked="" type="checkbox"/>
	4.6.5 Dispensación	<input checked="" type="checkbox"/>

Distribución

5° PROCESO ESTRATEGICOS Y CRITICOS, SECUENCIA E INTERACCIÓN

Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico Título II, Capítulo II

SI NO

5.1 Mapa de procesos.

6° CRITERIOS Y METODOS PARA ASEGURAR EFICACIA EN OPERACIÓN Y CONTROL

Resolución 1403/2007, Artículo 9

SI NO

6.1 Misión, Visión y Política de Calidad.

6.2 Caracterización de Procesos.

7° PUNTOS DE CONTROL PARA EL RIESGO DE MAYOR IMPACTO EN LA SATISFACCION DEL USUARIO

Resolución 1403/2007, Artículo 4°

SI NO

7.1 Matriz de riesgos y control de los mismos.

8° ACCIONES NECESARIAS PARA ALCANZAR RESULTADOS, MEJORA CONTINUA

Resolución 1403/2007, Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico Título II

SI NO

8.1 Procedimiento de Auditoria/Autoinspección.

8.2 Procedimiento de Acciones Correctivas.

8.3 Informe de auditoria/autoinspección.

8.4 Plan de acción frente a los hallazgos, incluyendo acta de visita de Secretaría de Salud.

9. FUNCIONARIO DE SALUD (1)

10. FUNCIONARIO DE SALUD (2)

9.1 Nombre: *Alfonso Jhon Lopez*

9.2 Tipo de documento: *CC*

9.3 Número de documento: *35327943*

9.4 Cargo: *QF*

9.5 Firma: *Alfonso Jhon Lopez*

10.1 Nombre: *Margy Gonzalez Pineda*

10.2 Tipo de documento: *Cedula*

10.3 Número de documento: *1098 459.099*

10.4 Cargo: *Químico Farmacéutico*

10.5 Firma: *Margy*

11. PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

12. TESTIGO

11.1 Nombre: *Rodriguez ANDRES MIRANDA*

11.2 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐

11.3 Número de documento: *80048263*

11.4 Cargo: Representante legal ☒ Propietario ☐ Encargado ☐

11.5 Firma: *Rodriguez*

12.1 Nombre:

12.2 Tipo de documento:

12.3 Número de documento:

12.4 Firma:

En aplicación de la Ley 1437 de 2011 artículos 2 y 3 numeral 4 principio de buena fe, hago constar que he recibido copia del acta de visita, la cual haré llegar al propietario o representante legal del establecimiento o similares, de lo contrario me hago responsable solidario ante cualquier investigación. La dirección de notificación deberá entenderse que es la misma del establecimiento, salvo que se trate de entidades públicas o establecimientos de cadena, la cual será la que ellos indiquen; el propietario o representante legal deberá informar a la autoridad sanitaria la dirección de notificación en caso de cambio. Autorizo a las autoridades de inspección vigilancia y control para notificar o enviar información a través del correo electrónico que queda registrado en la presente acta.

Este es un documento público de conformidad con lo establecido en el artículo 264 del código de procedimiento civil.

E.S.E.: Sobred Norte Número de Carpeta: +
Fecha: 18 08 2020 Número de Inscripción: MS00002854

CÉDULA ESTABLECIMIENTO

Nombre del establecimiento: Salud Medical S.A.S.
Dirección: CL 65 19-49
Correo electrónico para notificación: cisaludmedycasas@gmail.com
Localidad: Barras Unidas Teléfono: 2170570

No	ITEM	CUMPLE		OBSERVACIONES / HALLAZGOS
		SI	NO	
GENERALES				
1	Tiene protocolos escritos e implementados de bioseguridad relacionados con COVID 19 para el establecimiento.	X		
2	Vehículos de proveedores con dos tripulantes incluido conductor y utilizan los elementos de bioseguridad necesarios.	X		
3	Vehículos propios cuentan con protocolo de limpieza y desinfección y el conductor cuenta con los EPP respectivos.			No Aplica
1	¿Existe un área de recepción de insumos con las características ajustadas al tamaño de estos?	X		
2	¿Se dispone de barreras físicas en las áreas de recepción, de manera que se evite el contacto físico y se reduzca la exposición?	X		
3	El establecimiento cuenta con un espacio para que los trabajadores guarden sus elementos personales y ropa de diario en el caso en que se requiera. Igualmente, de bolsas para guardar la ropa de trabajo y posterior lavado (tener cuidado con las prendas personales).	X		
4	¿Se encuentran ventiladas las áreas de almacenamiento de insumos y producto terminado?	X		
LAVADO DE MANOS				
1	Dispone de mecanismos permanentes de lavado de manos (Agua, jabón líquido y toallas desechables)	X		
2	Dispone de alcohol glicerinado (60 al 95%).	X		
3	Cumple con las frecuencias para lavado de manos.	X		
4	Realiza acciones de comunicación y educación en lavado de manos.	X		
5	Se encuentran dispositivos de lavado de manos en áreas comunes y zonas de trabajo	X		
6	Dispone de registros o planillas de verificación de la actividad.		X	Falta planilla y registro

*Nota: El presente instrumento no valida o avala el protocolo de bioseguridad establecido para el establecimiento.
**Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

Verificación de acciones preventivas en COVID 19				
No	ITEM	CUMPLE		OBSERVACIONES / HALLAZGOS
		SI	NO	
DISTANCIAMIENTO FÍSICO				
1	Los trabajadores permanecen a 2 metros de separación unos de otros, teniendo en cuenta áreas de maquinaria y equipo, áreas de trabajo, sociales y de servicios.	X		
2	Se controla el aforo de ingreso y permanencia en las instalaciones	X		
3	Dispone de registros o planillas de verificación de la actividad.		X	Falta planilla y registro
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP				
1	Los empleados cuentan con EPP y se garantiza su adecuado uso	X		
2	Garantiza la correcta disposición final de los EPP	X		
3	Los usuarios utilizan tapabocas de forma permanente	X		
4	Dispone de registros o planillas de verificación de la actividad.		X	Falta planilla y registro.
LIMPIEZA				
1	Aumento en la frecuencia de actividades de lavado y desinfección de equipos, instalaciones, insumos, correspondencia, elementos externos y producto terminado si aplica.	X		
2	Seguimiento, monitoreo y registros de limpieza		X	Falta planilla y registro
CONTROL DE SALUD DE LOS EMPLEADOS				
1	Se verifica el estado de salud del personal del establecimiento.	X		
2	Dispone de registros o planillas de verificación de la actividad.	X		
OTROS ASPECTOS				
1	Capacitación a personal sobre el COVID 19 y medidas de bioseguridad.	X		
2	¿Existe un documento con instrucciones detalladas para la toma rutinaria de temperatura al ingreso y salida del turno, al inicio de la jornada laboral y al finalizar la misma? o ¿Mínimo 2 veces por turno?	X		
3	Socialización a usuarios sobre el COVID 19 y medidas de bioseguridad.			No aplica
4	Se cumple el protocolo con las personas que presentan síntomas de COVID 19.	X		
5	Se cuenta con información relacionada con los domicilios entregados de parte del establecimiento (Registro, EPP, doble bolsa, elementos para sanitizar manos).			No aplica

FUNCIONARIO DE SALUD		PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	
Nombre: Blanca Leticia Torres / Margy González		Nombre: Euzon Andres Miranda	
Tipo de documento: CC		Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	
Número de documento: 35325943 / 1018454099		Número de documento: 00048763	
Cargo: OF / RF		Cargo: Representante legal <input checked="" type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/>	
Firma: Blanca Leticia Torres / Margy González		Firma: [Firma]	

