1326

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO SEPARADOR DE ACTIVIDADES
Versión: 0	Vigencia:

OBLIGACIÓN: #1. Realizar 160 visitas de asistencia técnica, sobre las condiciones sanitarias de funcionamiento, en sujetos de interés sanitario de mediano y alto riesgo del Municipio, incluso de los protocolos de bioseguridad establecidos, previa coordinación con el supervisor. Producto: visitas, de asistencia técnica a sujetos de interés sanitario, con los instrumentos de diligenciamiento conforme al programa al cual pertenecen (esto es ficha de inscripción, riesgos laborales, acta general y específica). Frecuencia: mensual, conforme a la programación con el supervisor o el técnico administrativo en salud del municipio. Evidencias: actas de asistencia técnica.



SOPORTES ENTREGADOS:

SOPORTE	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACION
Actas de visita ATT. IVC	X			
Acta de reunión				
Registro Fotográfico	X			
Registros o listados de Asistencia				
Formatos de evaluación de capacitaciones				
Tabulación de evaluación				
Otro: cuál?				
Otro: cuál? _____				
Otro: cuál? _____				

Risaralda

CONTRATISTA RESPONSABLE: Hubert Calle A

1327

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTION EN SALUD
SALUD PUBLICA
FORMATO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE SUJETOS DE INTERÉS SANITARIO

Versión : 00 | Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental: | Número consecutivo 66-045-02-I-RQ-85 2022

Fecha de diligenciamiento: 28 06 2022 | No único de inscripción: 66 (Deplo.) 682 (Mpio) (No) (Prog) 21 (Año)

I. Información general:

En la medida de lo posible deberá garantizarse la completitud y veracidad de la información aquí considerada

Municipio (*): Apia. Programa (*): R.Q Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Ebanistería Jaramillo Dirección: Vereda Jardines

Teléfono: 3148922718 Email: [redacted] NIT: [redacted]

Representante legal: Arcadio Calle Identificación: 88276351

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 03 mes 05 Año 2019 Antigüedad: 3 Años

Concepto sanitario: S X No: Concepto (*): Fecha: d m a

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: L X M X V S D Horario de trabajo: 8:00 a Am a 4:00 Pm

Turnos: S X Especificar. Día S N Noche: S N Horario a Am a Pm

Número de trabajadores: 2 Administrativos: Operarios: 2 H 1 M 1

Días de recolección de basuras: L M M J V S D Frecuencia/semanal: 1 2 3 Diaria

Seguridad social:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Salud X N EPS: Contributivo ARL S X Cuál?

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S X	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Cámara de comercio:	S N	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Certificado de Bomberos:	S N	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Certificado de fumigación:	S N	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Contrato Resid especiales:	S N	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Días de recolección R. especiales:	L M M J V S D	Frecuencia/semanal:	1 2 3 Diaria		
Plan vertimientos CARDER	S N	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Plan gestión resid. PGIRHS:	S N	Especifique:	No	Fecha:	d m a

IV. Declaración de servicios prestados: (Ejemplo: proguería, venta medicamentos de control, inyectología, glucometría, fotocopias, alimentos.)

Ebanistería Fabricación de Muebles

IV b. Emplea Sustancias químicas: S N Cuáles? (Ejemplo: cloro, gasolina, ACPM, formol.)

Tinas - Selladores - Lacas

V. Recurso humano: listado de personal que labora en el establecimiento:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Nombre y apellidos	Género	No. Identificación	Cargo/funciones
Ricardo Calle	M X F	88216319	Propietario
Adriana Hernandez	M X F	1088577744	Servicios Generales
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

Ejemplo cargo: Servicios generales, Preparación de cadáveres, Conductor - disector, Administración, Manipulación de alimentos, Conductor, Vendedor, Director técnico

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

Ej, Actividad: Transporte de alimentos, Recolección de cadáveres, Transporte de personal, Domicilios, Carrozas fúnebres, Recolección de residuos, Transporte de materiales

VII. Nombre(s) de responsable(s) de programas específicos:

Riesgos profesionales: Nivel de riesgo según la ARL: 1 2 3 4 5 No sabe ( )

Nombre:		Licencia SST	S N #
Identificación:		Vigia SST:	S N
Cargo:		COPASST:	S N

VIII. Personal asignado para la atención de visitas ante la Secretaria de Salud Departamental:

Nombre:	Ricardo Calle P.	Nombre:	
Identificación:	88216319	Identificación:	
Cargo:		Cargo:	
Teléfono:	3148292218	Teléfono:	

IX: Días a la semana propuestos para la atención de visitas, reuniones y capacitaciones por parte de la Secretaria de Salud Departamental:

Número de la semana al mes	Día de la semana	Horario de la visita, reuniones, capacitaciones:	
1 2 3 4 5	L M M J V	Am	Pm

Formato diligenciado por:		Formato recibido por:	
Fecha:	Día 27 mes 06 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hola. A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)	

X. Estado final (*): Devuelto incompleto | Recibido | Aprobado

1328

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA DE SALUD DE RISARALDA
ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

LOGO DTS

CIUDAD: Apia | FECHA: 22 día Diciembre 27 | ACTA N°: 66-045-02-A6-85-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] | Establecimientos de Espectáculo Público [ ] | Establecimientos de Diversión Pública [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: GOBERNACIÓN DE RISARALDA - SECRETARIA DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL	Aicardo Calle
*CÉDULA / NIT	88276319
*NOMBRE COMERCIAL	Ebanistería Jordania
*DIRECCIÓN	Vereda Jordania
MATRICULA MERCANTIL	
*DEPARTAMENTO	RISARALDA
*MUNICIPIO	Apia
Barrio	
Vereda	Jordania
Comuna	
Localidad	
Sector	
Corregimiento	
Caserio	
UPZ	
Otro [ ] Cuál:	
TELÉFONOS	3148292278
CORREO ELECTRONICO	— o —
CORREO ELECTRÓNICO	— o —
NOMBRE DEL PROPIETARIO	Aicardo Calle
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 88276319
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	Aicardo Calle
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 88276 319
CORREO ELECTRÓNICO	— o —
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Vereda Jordania - Ebanistería Jordania
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:	SI [ ] NO [X]
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA	— o —
*DEPARTAMENTO	Risaralda
*MUNICIPIO	Apia
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	M-J 8AM - 4PM
N° DE TRABAJADORES	2
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES	0
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	2
CÓDIGO CIIU: SI [ ] NO [X]	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: Fabricación de Muebles

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N°ACTA DE ULTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	X	SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	

OTRO [ ] Especifique: Establecimiento visitado por Primera Vez

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO PQR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Critico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC **Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)**

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)		X	No Establecido
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	N/A
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	N/A
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.		X	No Se Evidencia

I. CONDICIONES LOCATIVAS SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores.mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	(5)	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	4	(2)	0		Solo una Entrada y por esta misma Salida
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	(2)	0		Piso Algunas Partes Irregular.
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	(4)	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas especificas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	(4)	2	0		
1.7	La ventilación es adecuada para el uso.(Art 197 Ley 9 de 1979)	(3)	(1.5)	0		Sin Ventanas en el Interior.
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta 24.5

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	(10)		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	6	(3)	0		No se Encuentra Documentado
2.3	Los elementos y productos quimicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	(4)	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta 17

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo	(2)	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	(4)		0		CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	(2)	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	(0)		No Cuenta con Tanque Almacenado
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes).(Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0	X	
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**		**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	(2)	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e	0	(1)	0		No se Encuentra Documentado

3.3.1	implementado.	2	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	(3)	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	(2)	1	0		
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	2	1	(0)		No Esta Establecido ni Documentado
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	(5)		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta 23

	4. PLAN DE SEGURIDAD-GESTIÓN DEL RIESGO					
	ASPECTO A VERIFICAR	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	(0)		No se Encuentra Documentado, ni Implementado
4.2		3	1.5	(0)		No Cuenta Con Señalización
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	(0)		No Cuenta Con Alarma
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto luminica y pasamanos.(Art 48 Resolución 14861 de 1985)	(3)	1.5	0		
4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	(0)		No Cuenta Con Extintor
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	(0)		No Cuenta Con Botiquin.
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta 3

II. CONCEPTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
67.5	FAVORABLE	95%-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS X	50%-94%
	DESFAVORABLE	< 49,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	2.1	2.2	2.3	3.1.1	3.12	3.1.4	3.14	3.15

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

No hay Procesos Documentados

No Cuenta Con Extintor
No Cuenta Con Botiquin

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO__

☐ Clausura temporal total	☐ Decomiso	☐ Vacunación personas o animales
☐ Clausura temporal parcial	☐ Destrucción o desnaturalización	☐ Destrucción o desnaturalización
☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐ Congelación	☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
☐ Suspensión total de trabajos o servicios	☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles	☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda
☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedade		

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	23-06-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	08-08-2022

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 22 del mes de Junio del año 2022 en la Ciudad de Apia.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Hubert A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Hubert Alejandro Calle A	NOMBRE:
CÉDULA: 1853332883	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:	
FIRMA: Ricardo Cole D	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 4982 6319	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO: Propietario	CARGO:

1330

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

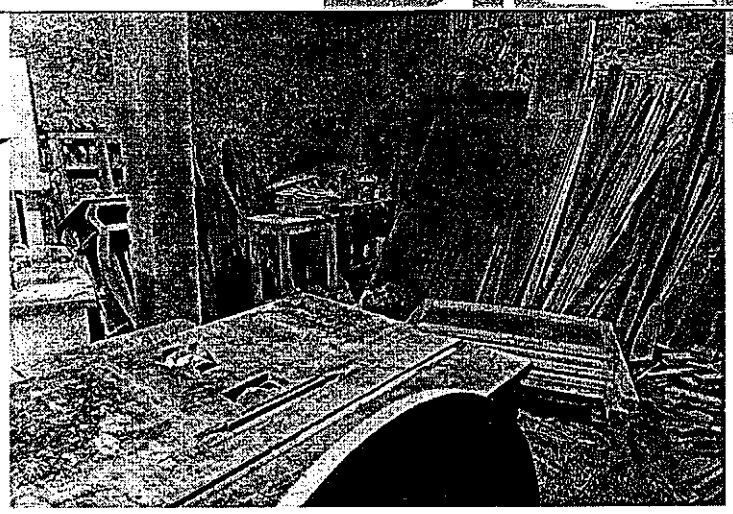
Actividad #1: Visitas AAT



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 22-06-2022
Lugar: EBANISTERÌA JORDANIA



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 22-06-2022
Lugar: EBANISTERÌA JORDANIA



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 22-06-2022
Lugar: EBANISTERÌA JORDANIA



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 22-06-2022
Lugar: EBANISTERÌA JORDANIA

1337

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTION EN SALUD SALUD PUBLICA FORMATO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE SUJETOS DE INTERÉS SANITARIO
Versión : 00	Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental:		Número consecutivo	66-045-02-I-RQ-87 2017

Fecha de diligenciamiento:	23	06	2022	No único de inscripción	66	682			21
					Depto.	Mpio	No	Prog	Año

I. Información general:

En la medida de lo posible debera garantizarse la completitud y veracidad de la información aquí consignada.

Municipio (*): Apia | Programa (*): RQ | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Taller de Motos | Dirección: Vereda Bajo Caucana

Teléfono: 3008084753 | Email: | NIT:

Representante legal: Jesus Antonio Montoya | Identificación: 1004663765

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 01 mes 05 Año 2021 | Antigüedad: 1 Años

Concepto sanitario: S X No: | Concepto (*): | Fecha: d m a

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: L M M J X V D | Horario de trabajo: 8:00 a Am a 6:00 Pm

Turnos: S X | Especificar. Día S N Noche: S N Horario a Am a Pm

Número de trabajadores: 1 | Administrativos: | Operarios: 1 H 1 M 0

Días de recolección de basuras: L M M J V S D | Frecuencia/semanal: 1 2 3 Diaria

Seguridad social:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Salud S N | EPS: Salud Total | ARL S N | Cuál?

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S X	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Cámara de comercio:	S N	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Certificado de Bomberos:	S X	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Certificado de fumigación:	S X	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Contrato Resid especiales:	S N	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Días de recolección R. especiales:	L M M J V S D	Frecuencia/semanal:	1 2 3 Diaria		
Plan vertimientos CARDER	S N	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Plan gestión resid. PGIRHS:	S N	Especifique:	No	Fecha:	d m a

IV. Declaración de servicios prestados: Ejemplo: droguería, venta medicamentos de control, inyectología, glucometría, fotocopias, alimentos

Taller Mecánica Motos

IV b. Emplea Sustancias químicas: S N Cuáles? Ejemplo: cloro, gasolina, ACPM, formol

Gasolina - Aceite

V. Recurso humano: listado de personal que labora en el establecimiento:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Nombre y apellidos	Genero	No Identificación	Cargo/funciones
Jesus Antonio Montoya	M F	1004993765	Servicios Generales
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

Ejemplo cargo: Servicios generales, Preparación de cadáveres, Conductor - disector, Administración, Manipulación de alimentos, Conductor, Vendedor, Director técnico

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

Ej, Actividad: Transporte de alimentos, Recolección de cadáveres, Transporte de personal, Domicilios, Carrozas fúnebres, Recolección de residuos, Transporte de materiales

VII. Nombre(s) de responsable(s) de programas específicos:

Riesgos profesionales: Nivel de riesgo según la ARL: 1 2 3 4 5 No sabe ( )

Nombre:		Licencia SST	S N #
Identificación:		Vigía SST:	S N
Cargo:		COPASST:	S N

VIII. Personal asignado para la atención de visitas ante la Secretaria de Salud Departamental:

Nombre:	Jesus Antonio M.G	Nombre:	
Identificación:	1004993963	Identificación:	
Cargo:	Propietario	Cargo:	
Teléfono:	3003084753	Teléfono:	

IX: Días a la semana propuestos para la atención de visitas, reuniones y capacitaciones por parte de la Secretaria de Salud Departamental:

Número de la semana al mes	Día de la semana	Horario de la visita, reuniones, capacitaciones:	
1 2 3 4 5	L M M J V	Am	Pm

Formato diligenciado por:		Formato recibido por:	
Fecha:	Día 23 mes 05 año 2012	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hubert A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A. Contratista	Cargo (*)	

X. Estado final (*): Devuelto incompleto | Recibido | Aprobado

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARÍA DE SALUD DE RISARALDA
ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

LOGO DTS

CIUDAD: Apia | FECHA: 23/06/2022 | ACTA N°: BG045-02-AG-87-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] | Establecimientos de Espectáculo Público [ ] | Establecimientos de Diversión Pública [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: GOBERNACIÓN DE RISARALDA - SECRETARÍA DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Jesus Antonio Montoya

*CÉDULA / NIT: 10049937765

*NOMBRE COMERCIAL: Taller de Motos

*DIRECCIÓN: Vereda Baja Campana | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: RISARALDA | *MUNICIPIO:

Barrio: | Vereda: B. Campana | Comuna: | Localidad:

Sector: | Corregimiento: | Caserío: | UPZ:

Otro [ ] | Cuál:

TELÉFONOS: 3008084753 | CORREO ELECTRONICO: — o —

CORREO ELECTRÓNICO: — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Jesus Antonio Montoya

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 10049937765

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Jesus Antonio Montoya

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 10049937765

CORREO ELECTRÓNICO: — o —

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda Baja Campana - Taller de Motos

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [ ] NO [X]

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: — o —

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apia

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: V-D 8Am - 6Pm | N° DE TRABAJADORES: 1

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES: 0 | N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: 1

CÓDIGO CIIU: SI [ ] NO [X] | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: Taller Mecanica Motos

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N°ACTA DE ULTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN [X]	SOLICITUD DEL INTERESADO [ ]	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS [ ]
SOLICITUD OFICIAL [ ]	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA [ ]	SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN. [ ]

OTRO [ ] Especifique: Establecimiento visitado por Primera Vez

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO PQR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC **Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)**

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)		X	No Establecido
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	N/A
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	N/A
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.		X	No se Evidencia

I. CONDICIONES LOCATIVAS SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores.mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	(5)	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	(4)	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	2	(0)		Piso Deteriorado e Irregular
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	4	(2)	0		Externa en Maya
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas especificas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	(4)	2	0		
1.7	La ventilación es adecuada para el uso.(Art 197 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE — La calificación del bloque corresponde al total del acta: 30 / 74 % del

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	(10)		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	6	(3)	0		Programa no esta Documentado
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	(4)	2	0		

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE — La calificación del bloque corresponde al acta: 20 / 17 % del total

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo	(2)	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	(4)		0		CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	(2)	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	(0)		No Cuenta Con tanque Almacenamiento
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes).(Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0	X	
	3.2 ALCANTARILLADO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	(2)	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e	2	(1)	0		No Esta Documentado

3.3.1	implementado.	2	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	(3)	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	2	1	(0)		Se hace en Bolsa Directamente
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	2	1	(0)		No Esta Establecido
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	(5)		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta 24

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTION DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	(0)		No Cuenta Con documento Escrito.
4.2	|	3	1.5	(0)		No hay Sensibilización Acorde.
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	(0)		No cuenta Con alarma
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto luminica y pasamanos.(Art 48 Resolución 14861 de 1985)	(3)	1.5	0		
4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	(0)		No cuenta Con Extintor
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	(0)		No cuenta Con Botiquin
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta 3

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
65	FAVORABLE	95%-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS X	50%-94%
	DESFAVORABLE	< 49,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	0
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	0

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	2.1	2.2	2.3	3.1.1	3.12	3.1	3.14	3.15

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

- No Cuenta Con Extintor
- No Cuenta Con Botiquin

- No cuenta con Señalización
- Piso Deteriorado e Irregular

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD PREVENTIVA SI__ NO__

☐ Clausura temporal total	☐ Decomiso	☐ Vacunación personas o animales
☐ Clausura temporal parcial	☐ Destrucción o desnaturalización	☐ Destrucción o desnaturalización
☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐ Congelación	☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
☐ Suspensión total de trabajos o servicios	☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles	☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda
☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedade		

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	24-06-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	09-08-2022

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 23 del mes de Junio del año 2022 en la Ciudad de Aria.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Nubia A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Nubia Alejandra Calle A	NOMBRE:
CÉDULA: 1853328[illegible]	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Jesus Montoya	FIRMA:
NOMBRE: Jesus Mateo Montoya G.	NOMBRE:
CÉDULA: 700999376.5	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO: Propietario	CARGO:

1334

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTION EN SALUD
SALUD PUBLICA
FORMATO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE SUJETOS DE INTERÉS SANITARIO

Versión : 00 | Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental: | Número consecutivo 66045-02-I-AC-86 2022

Fecha de diligenciamiento: 22 06 2022 | No único de inscripción: 66 (Depto.) 682 (Mpio) (No) (Prog) 21 (Año)

I. Información general:

En la medida de lo posible debera garantizarse la completitud y veracidad de la información aquí considerada

Municipio (*): Apia | Programa (*): [redacted] | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: [redacted] | Dirección: [redacted]

Teléfono: 3104895184 | Email: [redacted] | NIT: [redacted]

Representante legal: [redacted] | Identificación: [redacted]

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 01 mes 02 Año 2018 | Antigüedad: 3 Años

Concepto sanitario: S X No: [redacted] | Concepto (*): [redacted] | Fecha: d m a

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X X X X X S D | Horario de trabajo: 7:00 a [redacted] Am [redacted] a 8:00 Pm

Turnos: S X | Especificar. Día S N Noche: S N Horario [redacted] a [redacted] Am [redacted] a [redacted] Pm

Número de trabajadores: 1 | Administrativos: [redacted] | Operarios: 1 | H 1 | M 0

Días de recolección de basuras: L X M M J X V S D | Frecuencia/semanal: 1 2 3 Diaria

Seguridad social:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Salud X N | EPS: Salud Total | ARL S N | Cuál? [redacted]

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Cámara de comercio:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Certificado de Bomberos:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Certificado de fumigación:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Contrato Resid especiales:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Días de recolección R. especiales:	L M M J V S D	Frecuencia/semanal:	1 2 3 Diaria		
Plan vertimientos CARDER	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Plan gestión resid. PGIRHS:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a

IV. Declaración de servicios prestados: Ejemplo: droguería, venta medicamentos de control, inyectología, glucometría, fotocopias, alimentos

Expendio de Alimentos y Bebidas

IV b. Emplea Sustancias químicas: S N Cuales? Ejemplo: cloro, gasolina, ACPM, formol.

Cloro - Detergente

V. Recurso humano: listado de personal que labora en el establecimiento:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Nombre y apellidos	Genero	No Identificación	Cargo/funciones
Julian Bedoya	M F	71051258	Servicios Generales
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

Ejemplo cargo: Servicios generales, Preparación de cadáveres, Conductor - disector, Administración, Manipulación de alimentos, Conductor, Vendedor, Director técnico

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

Ej, Actividad: Transporte de alimentos, Recolección de cadáveres, Transporte de personal, Domicilios, Carrozas fúnebres, Recolección de residuos, Transporte de materiales

VII. Nombre(s) de responsable(s) de programas específicos:

Riesgos profesionales: Nivel de riesgo según la ARL: 1 2 3 4 5 No sabe ( )

Nombre:		Licencia SST	S N #
Identificación:		Vigía SST:	S N
Cargo:		COPASST:	S N

VIII. Personal asignado para la atención de visitas ante la Secretaria de Salud Departamental:

Nombre:	Julian Bedoya	Nombre:	
Identificación:	71051258	Identificación:	
Cargo:	Propietario	Cargo:	
Teléfono:	3104885194	Teléfono:	

IX: Días a la semana propuestos para la atención de visitas, reuniones y capacitaciones por parte de la Secretaria de Salud Departamental:

Número de la semana al mes	Día de la semana	Horario de la visita, reuniones, capacitaciones:	
1 2 3 4 5	L M M J V	Am	Pm

Formato diligenciado por: Formato recibido por:

Fecha:	Día 22 mes 06 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hubert A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)	

X. Estado final (*): Devuelto Incompleto | Recibido | Aprobado

1335

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA DE SALUD DE RISARALDA
ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

LOGO DTS

CIUDAD: Apía | FECHA: 26/06/2022 | ACTA N°: 66-045-02-A6-86-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] | Establecimientos de Espectáculo Público [ ] | Establecimientos de Diversión Pública [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: GOBERNACIÓN DE RISARALDA - SECRETARIA DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Julian Bedoya

*CÉDULA / NIT: 71051258

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda El Diamante

*DIRECCIÓN: Vereda El Diamante | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: RISARALDA | *MUNICIPIO: Apía

Barrio: | Vereda: Diamante | Comuna: | Localidad:

Sector: | Corregimiento: | Caserio: | UPZ:

Otro [ ] Cuál:

TELÉFONOS: 3104875184 | CORREO ELECTRONICO: —c—

CORREO ELECTRÓNICO: —c—

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Julian Bedoya

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 71051258

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 71051258

CORREO ELECTRÓNICO: —c—

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Tienda El Diamante - Vereda El Diamante

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [ ] NO [X]

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: —c—

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7Am-8PM L-D | N° DE TRABAJADORES: 1

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES: 0 | N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: 1

CÓDIGO CIIU: SI [ ] NO [X] | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: Expendio Alimentos y Bebidas

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N°ACTA DE ULTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	X	SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	

OTRO [ ] Especifique: Establecimiento visitado por Primera Vez

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO PQR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC **Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)**

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)		X	No Esta Allegado
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	N/A
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	No Evidencia
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.		X	No Evidencia

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores.mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	(5)	2,5	0			
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	4	(2)	0		1 Sola Entrada Al Establecimiento	
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	(2)	0		Piso Rotos Deteriorados e Irregular	
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	4	(2)	0		Cielo raso en Estopa Algo Deteriorado	
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas especificas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979)	(3)	1,5	0			
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamamanos y estan revestidas de material antideslizantes , (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	(4)	2	0			
1.7	La ventilación es adecuada para el uso.(Art 197 Ley 9 de 1979)	(3)	1,5	0			
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	(3)	1,5	0			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta 24	

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	(10)		0			CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	6	(3)	0		No se Encuentra por Escrito el Programa	
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	(4)	2	0			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta 17	

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo	(2)	1	0			
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	(4)		0			CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	(2)	1	0			
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	(0)		No cuenta Con tanque Almacenamiento	
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes).(Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0	X		
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0			
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	(2)	1	0			
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e	2	1	(0)		No se Encuentra Documentado, se quema Basuras	

3.3.1	Implementado.	2	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	(3)	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	(2)	1	0		
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	2	1	(0)		No se Encuentra Documentado
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	(5)		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta 22

	4 CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTIÓN DEL RIESGO					
	ASPECTO A VERIFICAR	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	(0)		No se Encuentra Documento
4.2		3	1.5	(0)		No Cuenta Con Señalizacion
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	(0)		No Cuenta Con Alarma
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto lumínica y pasamanos.(Art 48 Resolución 14861 de 1985)	(3)	1.5	0		
4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	(0)		No cuenta Con Extintor y Botiquin
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	(0)		No Cuenta Con Botiquin.
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 3 % del total del acta

V CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
66	FAVORABLE	95%-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS X	50%-94%
	DESFAVORABLE	< 49,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

VI RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	0
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	0

VII REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	2.1	2.2	2.3	3.1.1	3.12	3.1	3.14	3.15

VIII OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Establecimiento Sin Extintor, ni Botiquin, Mejorar Tipos y Cilindraje

Por parte del Establecimiento

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO__

- [ ] Clausura temporal total
- [ ] Clausura temporal parcial
- [ ] Suspensión parcial de trabajos o servicios
- [ ] Suspensión total de trabajos o servicios
- [ ] Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedade
- [ ] Decomiso
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Congelación
- [ ] Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
- [ ] Vacunación personas o animales
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- [ ] Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE LA(S) ORDEN(ES)

DÍAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	23-06-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	08-08-2022

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 22 del mes de Junio del año 2022 en la Ciudad de Apia.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

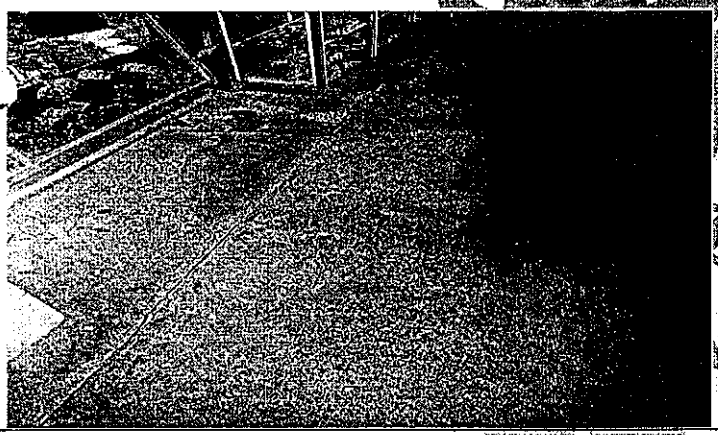
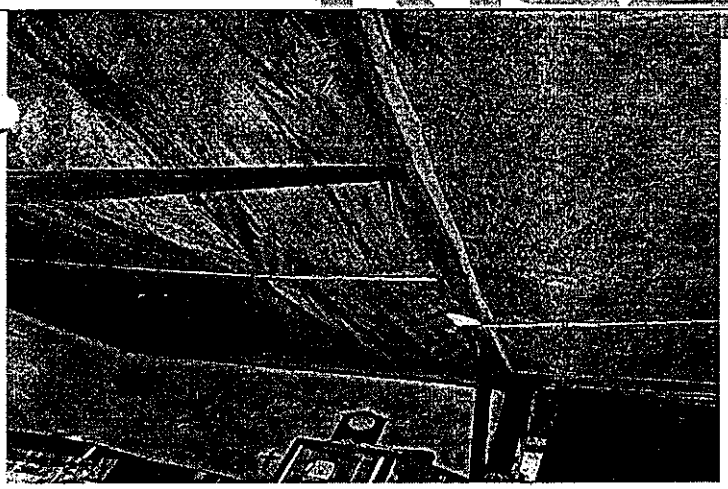
FIRMA: Hubert Callet	FIRMA:
NOMBRE: Hubert Alcudio Callet	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA: Julian Bedoya	FIRMA:
NOMBRE: Julian Bedoya	NOMBRE:
CÉDULA: 7705958	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO: Propietario	CARGO:

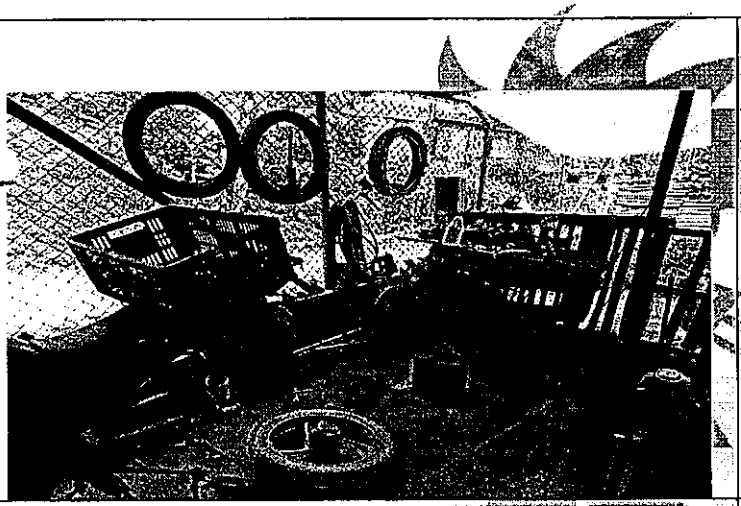
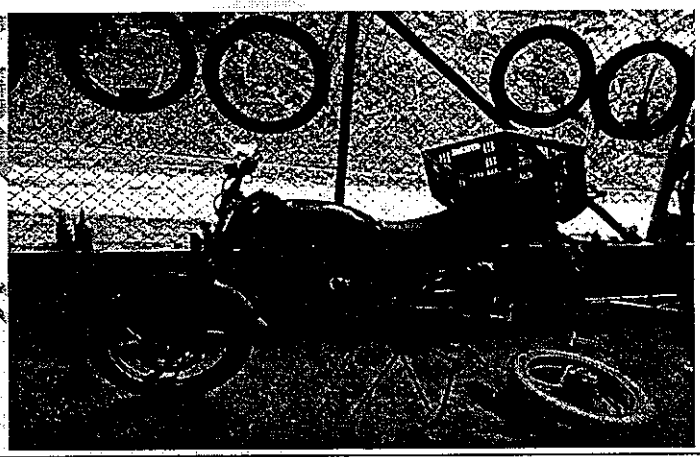
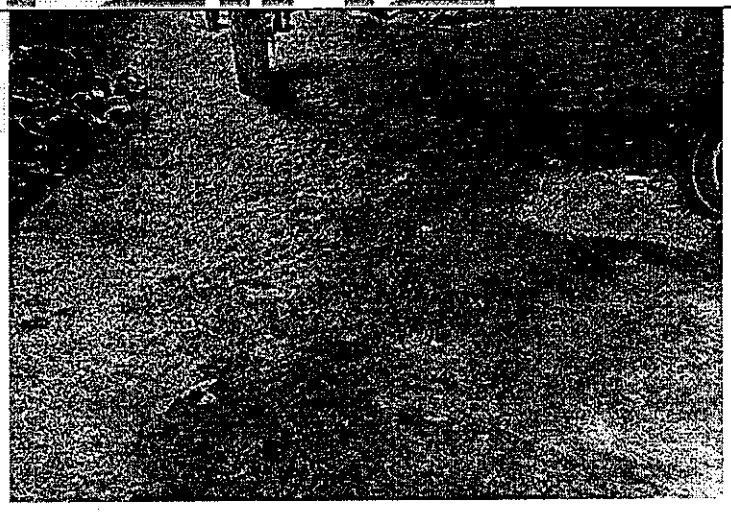
	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

Actividad #1: Visitas AAT

	
Actividad N°:1 **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 22-06-2022** **Lugar: TIENDA EL DIAMANTE**	**Actividad N°:1** **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 22-06-2022** **Lugar: TIENDA EL DIAMANTE**
	
Actividad N°:1 **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 22-06-2022** **Lugar: TIENDA EL DIAMANTE**	**Actividad N°:1** **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 22-06-2022** **Lugar: TIENDA EL DIAMANTE**

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

Actividad #1: Visitas AAT

 **Actividad N°:1** **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 23-06-2022** **Lugar: TALLER DE MOTOS**	 **Actividad N°:1** **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 23-06-2022** **Lugar: TALLER DE MOTOS**
 **Actividad N°:1** **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 23-06-2022** **Lugar: TALLER DE MOTOS**	 **Actividad N°:1** **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 23-06-2022** **Lugar: TALLER DE MOTOS**

1339

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTION EN SALUD
SALUD PUBLICA
FORMATO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE SUJETOS DE INTERÉS SANITARIO

Versión : 00 | Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental: | Número consecutivo 66-045-027-RC-88 2017

Fecha de diligenciamiento: 23 06 2022 | No único de inscripción: 66 (Depto.) 682 (Mpio) (No) (Prog) 21 (Año)

I. Información general:

En la medida de lo posible deberá garantizarse la completitud y veracidad de la información aquí considerada.

Municipio (*): Apía | Programa (*): [redacted] | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: [redacted] | Dirección: [redacted]

Teléfono: 3104392776 | Email: [redacted] | NIT: [redacted]

Representante legal: [redacted] | Identificación: [redacted]

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 30 mes 01 Año 2020 | Antigüedad: 2 Años

Concepto sanitario: S X No: [redacted] | Concepto (*): [redacted] | Fecha: d m a

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: L X M X X V S D | Horario de trabajo: 7 00 a [redacted] Am [redacted] a 8 00 Pm

Turnos: S X | Especificar. Día S N Noche: S N Horario [redacted] a [redacted] Am [redacted] a [redacted] Pm

Número de trabajadores: 1 | Administrativos: [redacted] | Operarios: 1 | H 0 | M 1

Días de recolección de basuras: L M M J V S D | Frecuencia/semanal: 1 2 3 Diaria

Seguridad social:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Salud X N | EPS: Salud Total | ARL S N | Cuál? [redacted]

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Cámara de comercio:	S X	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Certificado de Bomberos:	S X	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Certificado de fumigación:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Contrato Resid especiales:	S X	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Días de recolección R. especiales:	L M M J V S D	Frecuencia/semanal:	1 2 3 Diaria		
Plan vertimientos CARDER	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Plan gestión resid. PGIRHS:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a

IV. Declaración de servicios prestados: Ejemplo: droguería, venta medicamentos de control, inyectología, glucometría, fotocopias, alimentos.

Expendio Alimentos y bebidas

IV b. Emplea Sustancias químicas: S N Cuales? Ejemplo: cloro, gasolina, ACPM, formol

cloro - Detergente

V. Recurso humano: listado de personal que labora en el establecimiento:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Nombre y apellidos	Género	No Identificación	Cargo/funciones
Verónica Gil Bedoya	M F	1058912997	Servicios Generales
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

Ejemplo cargo: Servicios generales, Preparación de cadáveres, Conductor - disector, Administración, Manipulación de alimentos, Conductor, Vendedor, Director técnico

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

Ej, Actividad: Transporte de alimentos, Recolección de cadáveres, Transporte de personal, Domicilios, Carrozas fúnebres, Recolección de residuos, Transporte de materiales

VII. Nombre(s) de responsable(s) de programas específicos:

Riesgos profesionales: | Nivel de riesgo según la ARL: 1 2 3 4 5 No sabe ( )

Nombre:		Licencia SST	S N #
Identificación:		Vigía SST:	S N
Cargo:		COPASST:	S N

VIII. Personal asignado para la atención de visitas ante la Secretaria de Salud Departamental:

Nombre:	Verónica Andrea Gil Bedoya	Nombre:	
Identificación:	1058912997	Identificación:	
Cargo:	Propietaria	Cargo:	
Teléfono:	3104397776	Teléfono:	

IX: Días a la semana propuestos para la atención de visitas, reuniones y capacitaciones por parte de la Secretaria de Salud Departamental:

Número de la semana al mes	Día de la semana	Horario de la visita, reuniones, capacitaciones:	
1 2 3 4 5	L M M J V	Am	Pm

Formato diligenciado por:		Formato recibido por:	
Fecha:	Día 23 mes 01 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hubc. A. Cullar.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)	

X. Estado final (*): Devuelto incompleto | Recibido | Aprobado

1340

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA DE SALUD DE RISARALDA
ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

LOGO DTS

CIUDAD: Apía | FECHA: 23/06/2022 | ACTA N°: 66-045-02-A6-88-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] | Establecimientos de Espectáculo Público [ ] | Establecimientos de Diversión Pública [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: GOBERNACIÓN DE RISARALDA - SECRETARIA DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Verónica Gil Bedoya
*CÉDULA / NIT: 1058912997
*NOMBRE COMERCIAL: Tienda La Cruz
*DIRECCIÓN: Vereda San Rafael | MATRICULA MERCANTIL:
*DEPARTAMENTO: RISARALDA | *MUNICIPIO: Apía
Barrio: | Vereda: San Rafael | Comuna: | Localidad:
Sector: | Corregimiento: | Caserio: | UPZ:
Otro: [ ] | Cuál:
TELÉFONOS: 3104392776 | CORREO ELECTRONICO: — o —
CORREO ELECTRÓNICO: — o —
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Verónica Gil Bedoya
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 1058912997
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Verónica Gil Bedoya
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 1058912997
CORREO ELECTRÓNICO: — o —
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda San Rafael - Tienda La Cruz
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [ ] NO [X]
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: — o —
*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 7Am - 8Pm | N° DE TRABAJADORES: 1
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES: | N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:
CÓDIGO CIIU: SI [ ] NO [X] | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: Expendio Alimentos y Bebidas

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N°ACTA DE ULTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	X	SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	

OTRO [ ] Especifique: Establecimiento Visitado Por Primera Vez

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO PQR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Critico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)		X	No Establecido
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	N/A
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	N/A
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.		X	No se Evidencia

CONDICIONES LOCATIVAS SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores.mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	5	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	4	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	2	0		Piso Deteriorado e irregular
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		Cableado Expuesto con Multiples empates
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	4	2	0		
1.7	La ventilación es adecuada para el uso.(Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta 26,5

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	6	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta 20

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0		CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		No Cuenta Con tanque de Almacenamiento
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes).(Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0	X	
	MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	2	1	0		
	MANEJO Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e	2	1	0		No Esta Documentado La Basura se quema

3.3.1	implementado.	2	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	(3)	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	2	1	(0)		Se hace en Calay Bolsa
	3. MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	2	1	(0)		No Esta Establecido
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	(5)		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta 30

IV. PLAN DE SEGURIDAD-GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	(0)		No se Encuentra
4.2		3	1.5	(0)		No Cuenta Con Señalización
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	(0)		No Cuenta Con Alarma Emergencia
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto luminica y pasamanos.(Art 48 Resolución 14861 de 1985)	(3)	1.5	0		
4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	(0)		No Cuenta Con Extintor
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	(0)		No Cuenta Con Botiquin
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta 3

V. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
69.5	FAVORABLE		95%-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X	50%-94%
	DESFAVORABLE		< 49,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

VI. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	0
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	0

VII. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	2.1	2.2	2.3	3.1.1	3.12	3.1	3.14	3.15

VIII. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

- No Cuenta Con Extintor
- No Cuenta Con Botiquin

- No Cuenta Con Señalización
- Piso Con Zonas Irregulares

Por Motivo de Establecimiento:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD PREVENTIVA SI__ NO__

☐ Clausura temporal total	☐ Decomiso	☐ Vacunación personas o animales
☐ Clausura temporal parcial	☐ Destrucción o desnaturalización	☐ Destrucción o desnaturalización
☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐ Congelación	☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
☐ Suspensión total de trabajos o servicios	☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles	☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda
☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedade		

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE REQUERIDO

DÍAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	24-06-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	09-08-2022

VIII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 23 del mes de Junio del año 2022 en la Ciudad de Apia.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

FIRMA: Hubert A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Hubert Alejandro Calle A	NOMBRE:
CÉDULA: 18533788	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA: Veronica A Gil Bedoya	FIRMA:
NOMBRE: Veronica Andrea Gil Bedoya	NOMBRE:
CÉDULA: 1058912997	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO: Propetaria	CARGO:

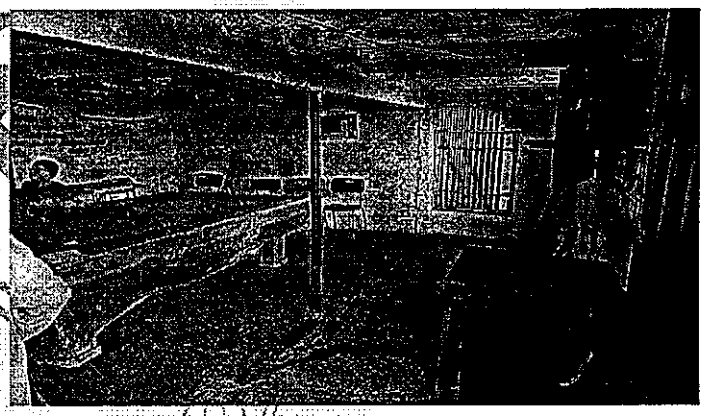
1342

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

Actividad #1: Visitas AAT



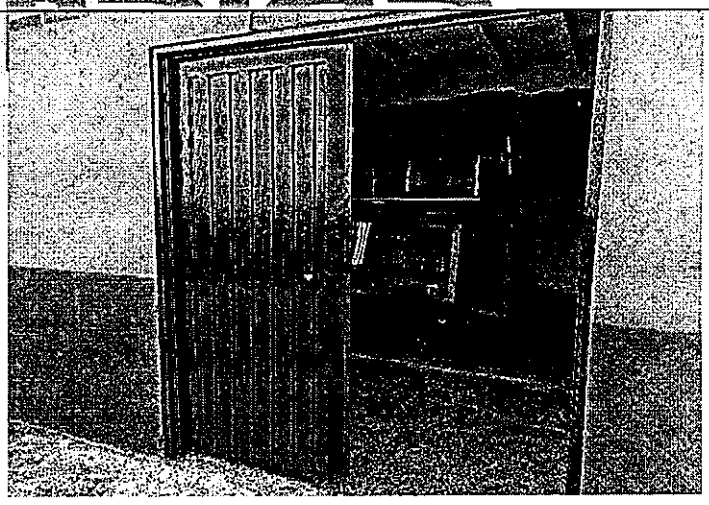
Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 23-06-2022
Lugar: TIENDA LA CRUZ



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 23-06-2022
Lugar: TIENDA LA CRUZ



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 23-06-2022
Lugar: TIENDA LA CRUZ



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 23-06-2022
Lugar: TIENDA LA CRUZ

1343

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTION EN SALUD SALUD PUBLICA FORMATO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE SUJETOS DE INTERÉS SANITARIO
Versión : 00	Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental:		Número consecutivo	66-045-02-I-RQ-89-2022

Fecha de diligenciamiento:	30	06	2022	No único de inscripción	66	682			21
					Depto.	Mpio	No	Prog	Año

I. Información general:

En la medida de lo posible deberá garantizarse la completitud y veracidad de la información aquí considerada.

Municipio (*): Apía | Programa (*): RQ | Zona (*): Urbana

Nombre del establecimiento: Talles Hernandez | Dirección: Carrera 9 # 10-58

Teléfono: 3206788038 | Email: [illegible] | NIT: [illegible]

Representante legal: Jhon [illegible] | Identificación: 1088768001

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 01 mes 01 Año 2022 | Antigüedad: 0 Años

Concepto sanitario: S X No: N | Concepto (*): | Fecha: d m a

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X M M J V S D | Horario de trabajo: 8:30 a 12:30 Am 1:30 a 6:00 Pm

Turnos: S X | Especificar. Día S N Noche: S N Horario a Am a Pm

Número de trabajadores: 3 | Administrativos: 1 | Operarios: 2 | H 2 | M 0

Días de recolección de basuras: L M M J X S D | Frecuencia/semanal: 1 2 3 Diaria

Seguridad social:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Salud X N | EPS: SURA | ARL S X | Cuál?

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S N	Especifique:	No		Fecha:	d m a
Cámara de comercio:	S X	Especifique:	No		Fecha:	d m a
Certificado de Bomberos:	S N	Especifique:	No		Fecha:	d m a
Certificado de fumigación:	S N	Especifique:	No		Fecha:	d m a
Contrato Resid especiales:	S X	Especifique:	No		Fecha:	d m a
Días de recolección R. especiales:	L M M J V S D	Frecuencia/semanal:	1 2 3 Diaria			
Plan vertimientos CARDER	S X	Especifique:	No		Fecha:	d m a
Plan gestión resid. PGIRHS:	S X	Especifique:	No		Fecha:	d m a

IV. Declaración de servicios prestados: Ejemplo: droguería, venta medicamentos de control, inyectología, glucometría, fotocopias, alimentos.

Taller Electrónica Automotriz

IV b. Emplea Sustancias químicas: S N Cuales? Ejemplo: cloro, gasolina, ACPM, formol.

Cloro - Gasolina - Aceite

V. Recurso humano: listado de personal que labora en el establecimiento:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Nombre y apellidos	Género	No Identificación	Cargo/funciones
Jhon Wilder Alzate	M X F	1088268001	Administrador
Jaifredy Osorio	M X F	98623286	Servicios Generales
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

Ejemplo cargo: Servicios generales, Preparación de cadáveres, Conductor - disector, Administración, Manipulación de alimentos, Conductor, Vendedor, Director técnico

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

Ej, Actividad: Transporte de alimentos, Recolección de cadáveres, Transporte de personal, Domicilios, Carrozas fúnebres, Recolección de residuos, Transporte de materiales

VII. Nombre(s) de responsable(s) de programas específicos:

Riesgos profesionales: Nivel de riesgo según la ARL: 1 2 3 4 5 No sabe ( )

Nombre:		Licencia SST	S N #
Identificación:		Vigía SST:	S N
Cargo:		COPASST:	S N

VIII. Personal asignado para la atención de visitas ante la Secretaria de Salud Departamental:

Nombre:	Jhon Wilder	Nombre:	
Identificación:	1088268001	Identificación:	
Cargo:	Propietario	Cargo:	
Teléfono:	3206788038	Teléfono:	

IX: Días a la semana propuestos para la atención de visitas, reuniones y capacitaciones por parte de la Secretaria de Salud Departamental:

Número de la semana al mes	Día de la semana	Horario de la visita, reuniones, capacitaciones:	
1 2 3 4 5	L M M J V	Am	Pm

Formato diligenciado por:

Fecha:	Día mes año	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hubert A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A. Contratista	Cargo (*)	

Formato recibido por:

X. Estado final (*): Devuelto incompleto | Recibido | Aprobado

1344

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA DE SALUD DE RISARALDA
ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

LOGO DTS

CIUDAD: Apia | FECHA: 30/06/2022 | ACTA N°: 66-045-02-A6-89-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] | Establecimientos de Espectáculo Público [ ] | Establecimientos de Diversión Pública [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: GOBERNACIÓN DE RISARALDA - SECRETARIA DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL	Jhon Wilder Alzate Osorio		
*CÉDULA / NIT	1088268001		
*NOMBRE COMERCIAL	Taller Mecatronic		
*DIRECCIÓN	Carrera 9 # 12-18	MATRICULA MERCANTIL	
*DEPARTAMENTO	RISARALDA	*MUNICIPIO	Apia
Barrio		Vereda	Comuna	Localidad
Sector: Patios	Corregimiento	Caserio	UPZ
Otro [ ] Cuál:			
TELÉFONOS	3206788038	CORREO ELECTRONICO	masmecatronic@gmail.com
CORREO ELECTRÓNICO			
NOMBRE DEL PROPIETARIO	Jhon Wilder Alzate Osorio		
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ]	*Número de documento	1088268001
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	Jhon Wilder Alzate		
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ]	*Número de documento	1088268001
CORREO ELECTRÓNICO	masmecatronic@gmail.com		
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Carrera 9 # 12-18		

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [X] NO [ ]

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA	masmecatronic@gmail.com		
*DEPARTAMENTO	Risaralda	*MUNICIPIO	Apia
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	L-S 8:30Am - 6:00Pm	N° DE TRABAJADORES	3
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES	0	N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	3
CÓDIGO CIIU: SI [ ] NO [X]	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	Taller Electrónica Automotriz	

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N°ACTA DE ULTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	X	SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	

OTRO [ ] Especifique: Establecimiento Visitado por Primera Vez

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO PQR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)		X	No Establecido
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	No
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	N/A
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.			

1. CONDICIONES LOCATIVAS SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1.1 CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores.mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	5	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	4	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		Alguno Cables sin Encintado en uniones
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	4	2	0		
1.7	La ventilación es adecuada para el uso.(Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta 28.5

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	6	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta 20

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0		CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		No Cuenta con tanque Almacenamiento
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes).(Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0	X	
	3.2 ALMACENAMIENTO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	2	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e	2	1	0		No se tiene Documentado

		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.3.1	implementado.	2	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	(3)	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	2	1	(0)		Se hace en bolsas
3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS		**C**	**CP**	**NC**	**NA**	
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	2	1	(0)		No esta Establecido
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	(5)		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta 21

	4. CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTION DEL RIESGO					
	ASPECTO A VERIFICAR	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Articulo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	(0)		No se Evidencia
4.2	I	(3)	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	(0)		No cuenta con Alarma Emergencia
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto lumínica y pasamanos.(Art 48 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0	X	
4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	(5)	2.5	0		
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta 11

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
80.5	FAVORABLE		95%-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X	50%-94%
	DESFAVORABLE		< 49,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	0
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	0

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	2.1	2.2	2.3	3.1.1	3.12	3.1	3.14	3.15

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

- Buen Manejo Establecimiento
- Limpio y ordenado

- Establecer Plan de Gestión de riesgo de Desastres
- Mejorar Cableado y Uniaris

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

VI. INFORMACIÓN DE TIPO(S) MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI ☐ NO ☐

☐ Clausura temporal total	☐ Decomiso	☐ Vacunación personas o animales
☐ Clausura temporal parcial	☐ Destrucción o desnaturalización	☐ Destrucción o desnaturalización
☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐ Congelación	☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
☐ Suspensión total de trabajos o servicios	☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles	☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda
☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedade		

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	01-07-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	17-07-2022

VIII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 30 del mes de junio del año 2022 en la Ciudad de Ajuí.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

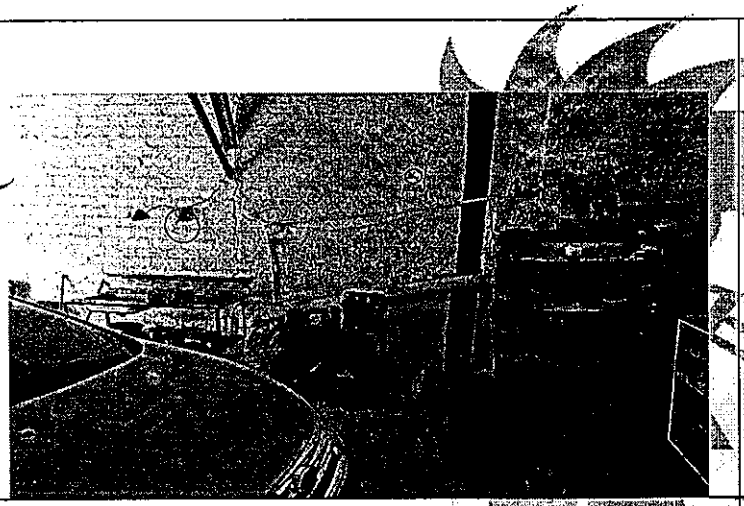
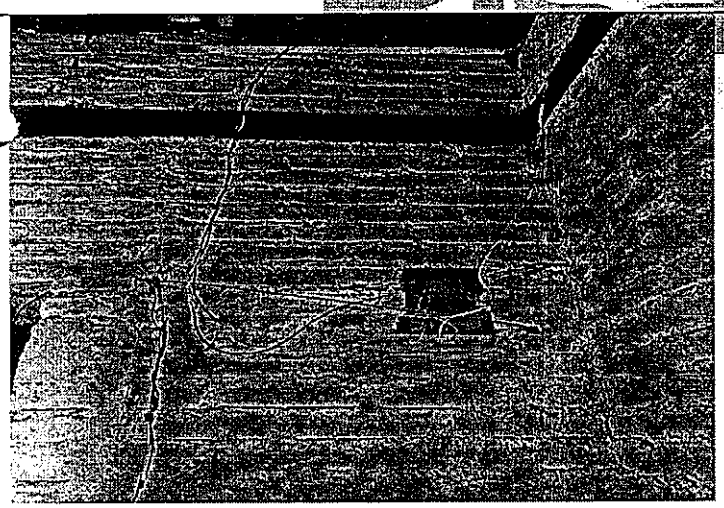
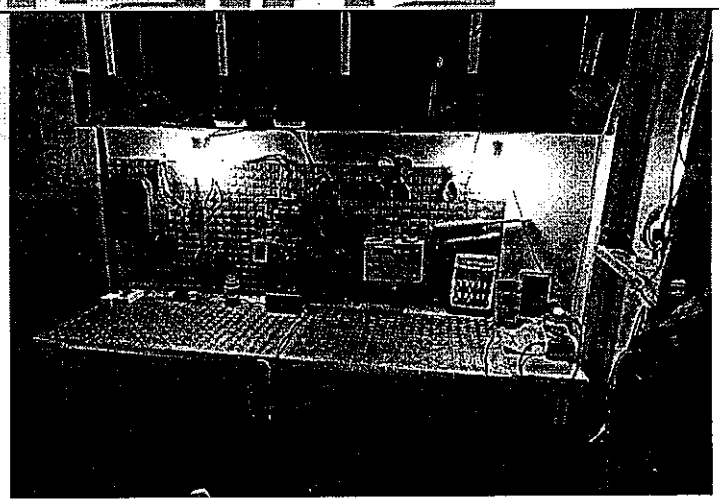
FIRMA: Hober A. Calleja.	FIRMA:
NOMBRE: Hober Alejandro Calleja	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Jhon mulder	NOMBRE:
CÉDULA: 1088268001	CÉDULA:
INSTITUCIÓN: CJ Mecatronic	INSTITUCIÓN:
CARGO: Propietario	CARGO:

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

Actividad #1: Visitas AAT

	
Actividad N°:1 **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 30-06-2022** **Lugar: TALLER MECATRONIC**	**Actividad N°:1** **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 30-06-2022** **Lugar: TALLER MECATRONIC**
	
Actividad N°:1 **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 30-06-2022** **Lugar: TALLER MECATRONIC**	**Actividad N°:1** **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 30-06-2022** **Lugar: TALLER MECATRONIC**