1471

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

OBLIGACIÓN: #1. Realizar visitas de asistencia técnica -AAT sobre las condiciones sanitarias de funcionamiento en sujetos de interés sanitario de mediano y alto riesgo del Municipio de **APIA** (Risaralda), incluso de los protocolos de bioseguridad establecidos mediante la programación de actividades respectiva que hace parte integral del presente contrato. **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 especifica, registro fotográfico). **Frecuencia**: mensual, conforme a la programación con el supervisor o el técnico administrativo en salud del municipio. **Evidencias**: actas visitas de asesoría y asistencia técnica y registro en app Epiecollect5 (censos)

SOPORTES ENTREGADOS:

SOPORTE	SI		NO	NO APLICA	OBSERVACIÓN
Actas de visita ATT, IVC	X				Ficha de inscripción a sujetos de interés sanitario, acta caracterización, riesgo al consumo, actas especificas
Acta de reunión		X			
Registro Fotográfico	X				
Registros o listados de Asistencia		X			
Formatos de evaluación de capacitaciones		X			
Tabulación de evaluación		X			
Otro: cuál? _____					

CONTRATISTA RESPONSABLE: Huber A. Calle A

Huber Alejandro Calle Aguirre

1472

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-IRC-110 2022

Fecha de diligenciamiento:	25	07	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 (*): RSC | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Tienda La Finca | Dirección: Vereda La Finca

Teléfono: 3127855110 | Email: [redacted] | NIT: [redacted]

Representante legal: Oscar Leonardo Cruz Acosta | Identificación: 53888304

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 02 mes 03 Año 2022 | Antigüedad: 6 Años

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

II. Jornada laboral:

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

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

Número de trabajadores: 4 | Administrativos: [redacted] | Operarios: 4 | H 3 | 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 X N | EPS: Nueva EPS | 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 Bebidas y Alimentos

IV b. Emplea Sustancias químicas: S N Cuáles? 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
Orlando Cruz Acosta	M F	5888304	Propietario
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

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

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor(s)	Actividad destinada (*)

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

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:	orlando cruz A	Nombre:	
Identificación:	5888304	Identificación:	
Cargo:		Cargo:	
Teléfono:		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 25 mes 09 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hubc A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A. Contratista	Cargo (*)	

Formato recibido por:

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

1473

La salud es de todos | Minsalud

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

LOGO DTS

CIUDAD: Apía | FECHA: 29 día / 07 mes / 2022 año | ACTA N°: 66-045-02-A6-110-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

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

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

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Orlando Cruz Acosta

*CÉDULA / NIT: 5888304

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda La Línea

*DIRECCIÓN: Vereda La Línea | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: RISARALDA | *MUNICIPIO: Apía

Barrio: | Vereda: La Línea | Comuna: | Localidad:

Sector: | Corregimiento: | Caserio: | UPZ:

Otro: [ ] | Cuál:

TELÉFONOS: 3127855990 | CORREO ELECTRONICO: — o —

CORREO ELECTRÓNICO: — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Orlando Cruz Acosta

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 5888304

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Orlando Cruz Acosta

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 5888304

CORREO ELECTRÓNICO: — o —

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda La Línea - Tienda La Línea

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. 8Am-7Pm | 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:

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: 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	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

1. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIA 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)	3	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 irregular, Partes Deterioradas
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		Paredes en Madera, Techo sin Cielorraso
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		Alguno tanacarante en Mal Estado
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 22.5

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 Esta documentado el Proceso
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 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 El Proceso

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		No se tiene por Código Colores
V. 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 22
VI. 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 Establecido ni Documentado
4.2	Se encuentran claramente señalizados los diferentes Areas y Secciones en cuanto al acceso y circulación de personas, Caracter, Seguridad, Salida emergencia (Art 206 Ley 9	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 luminica 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)		No Cuenta con Botiquin
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta 5

VII. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
66,5	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.

VIII. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

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

IX. 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

X. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

No Cuenta Con Botiquin.
Mejora Procesos Documentados

Piso irregular y deteriorado

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 HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	28-07-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	07-09-2022

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 27 del mes de julio del año 2022 en la Ciudad de Neiva.

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: 1853332962	CÉDULA:
CARGO: T.S.M Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:	
FIRMA: Orlando Cruz A	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 5888304	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO:	CARGO:

1475

	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



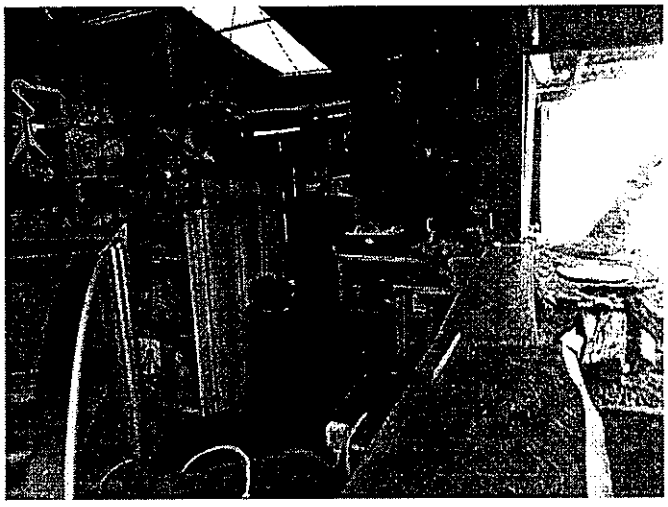
Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 25-07-2022
Lugar: TIENDA LA LINEA



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 25-07-2022
Lugar: TIENDA LA LINEA



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 25-07-2022
Lugar: TIENDA LA LINEA



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 25-07-2022
Lugar: TIENDA LA LINEA

1476

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 66-095-02-IRC-94-2022

Fecha de diligenciamiento: 29 07 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 consignada

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

Nombre del establecimiento: [illegible] | Dirección: Calle 9 # 10-56

Teléfono: 317 246 37 18 | Email: [illegible]@gmail.com | NIT: 1[illegible]5

Representante legal: [illegible] | Identificación: 1[illegible]5

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 09 Mes 01 Año 2020 | Antigüedad: 2 Años

Concepto sanitario: S N/A No: 11269 | Concepto (*): N/A | Fecha: d m a

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: L M M J V S D | Horario de trabajo: 8:00 a [illegible] Am [illegible] a 8:00 Pm

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

Número de trabajadores: 1 | Administrativos: [illegible] | 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 X N | EPS: Contributivo | ARL S X | Cuál? [illegible]

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S X	Especifique:	No [illegible]	Fecha:	d m a
Cámara de comercio:	X N	Especifique:	No 18[illegible]	Fecha:	15 05 2022
Certificado de Bomberos:	S X	Especifique:	No [illegible]	Fecha:	d m a
Certificado de fumigación:	S N	Especifique:	No [illegible]	Fecha:	d m a
Contrato Resid especiales:	S X	Especifique:	No [illegible]	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 [illegible]	Fecha:	d m a
Plan gestión resid. PGIRHS:	S N	Especifique:	No [illegible]	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 Cuáles? *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
Jesney Antonio Moncada	M F	18530513	Administrador
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

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

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

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

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:	Jesney A Moncada J	Nombre:	
Identificación:	18530513	Identificación:	
Cargo:	propietario	Cargo:	
Teléfono:	3142467718	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 29 mes 04 año 2022	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

1477

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2][0][2][2] — M M [0][7] — D D [2][9]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [0][1] : M M [0][0]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [0][1] : M M [3][0]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [Y] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 18530288

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Morcada

7 (5) Segundo apellido: Velasquez

8 (6) Primer nombre: Ferney

9 (7) Segundo nombre: Antonio

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 18530513

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1][9][6][6] — M M [0][8] — D D [3][0]

13 (9) Masculino [X] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apia

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Brr Villa de las Cascaras

18 (12) Dirección residencia: Calle 9 # 10-56

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [Y] No [ ] Número 3172567718

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apia

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Brr Villa de las Caslaras

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 9 # 10-56

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta	X	Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [X]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie	X	Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 0

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 0

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO-ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si	X	No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 2

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna		Nocturna		Mixta	X	NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	5	6
						X

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo	X	Más de un salario minimo		Un salario minimo	

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo		Subsidiado	X	Excepción		Especial	

48 (44) En su régimen de salud, usted es

1478

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Confacuco

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg [ ][7][4]

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm [1][6][2]

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ][ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ][ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ][ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ][ ][ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [X] NO [ ]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg,68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? **(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabajo [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][0]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,2 (68) Un accidente de trabajo **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[X]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[X]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó? **(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Ojos	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos	[ ]	Medios de transporte	[ ]	NoRegistra Agentes no clasificados	[ ]
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	[ ]	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	[ ]		
Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles	[ ]	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	[ ]		

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas	[ ]	Caidas de objetos	[ ]	Atrapamiento	[ ]
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	[ ]	Pisadas, choques o golpes	[ ]		

Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐ Exposicion o contacto con la electricidad ☐ NoRegistra ☐

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐

Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabajadores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabajador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☒

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☒

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

87 (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido ☐ Iluminacion ☐ Vibracion ☐ Temperaturas extremas ☐

Radiaciones no ionizantes ☐ Presion atmosferica ☐ Radiaciones ionizantes ☐

Ninguno ☒ NoRegistra ☐

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional ☐ Caracteristicas de la organizacion del trabajo ☐ Caracteristicas del grupo social de trabajo ☐

Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐

NoRegistra ☐ Ninguno ☒

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus ☒ Bacterias ☐ Hongos ☐ Ricketsias ☐

Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐

Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico ☐ Electrico ☐ Locativo ☐ Tecnologico ☐

Accidentes de transito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Publicos ☐

Ninguno ☒

NoRegistra ☐

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☒ Postura ☐ Ninguno ☐

Esfuerzo ☐ NoRegistra ☐

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos		Fibras		Liquidos	X	Humos	
Gases y vapores		NoRegistra		Ninguno			

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo	X	Terremoto		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones		Ningunos		No Registro	

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales		Sombrero		Gorro o cachucha		Ninguno	
Prendas de proteccion para la cabeza		Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo				NoRegistra	

1480

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles		Pantalla facial		NoRegistra	
		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orejeras		Protectores auriculares		Ninguno	
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabajo		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	
Linea de vida		Casco con barbuquejo		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento ☐

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina)	SI	X	NO	
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Ferney A Moncada V

CC: 18530513

Firma del Encuestador: Hubert A. CalleA

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1481

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA PARA EXPENDIO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

SECRETARÍA DE SALUD RISARALDA

CIUDAD: Aguada | FECHA: 29/03/2022 | ACTA N°: 66-045-02-RC-94-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Expendio [X] | Expendio con operaciones de porcionado, troceado, acondicionamiento [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria Salud Departamental

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Fercy Antonio Morcada

*CÉDULA / NIT: 18530513-6 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 18171999

*NOMBRE COMERCIAL: Miscelánea Dalue

*DIRECCIÓN: Calle 9 # 10-56 | MATRICULA MERCANTIL: 66045185905 13

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Aguada

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: Villa de las Cascaras

TELÉFONOS: 3172467718 | FAX: —

CORREO ELECTRÓNICO: fercymorcada8@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Fercy Antonio Morcada

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 18530513

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Fercy Antonio Morcada

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [X] *Número de documento: 18530513-6

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Calle 9 # 10-56

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Aguada

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 8Am-8Pm | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día/mes/año			% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE			
		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:

EVALUACIÓN

Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
No Aplica (NA)	Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos.
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	**Localización y construcción.** *(Resolución 2674/2013, Art. 6, Numeral 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2,4 , 2.6 y 2,7. Art. 31 Numeral 1; 2.)*	(2)	1	0	C
1.2	**Condiciones de pisos, paredes y drenajes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1: 1.1, 1.2, 1.4. Numeral 2: 2.1; 2,2; Art. 31 Numeral 1, 2.)*	(1.5)	0.75	0	C
1.3	**Techos, puertas, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Art. 31 Numeral 1, 2.)*	(1.5)	0.75	0	C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Art. 31 Numeral 1, 2.)*	(3)	1.5	0	C
1.5.	**Áreas de exhibición y venta** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 6. Numeral 2.3; 2.5. Art. 31 Numeral 1; 2.)*	(2)	1	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			10	La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	**Capacidad, diseño y funcionamiento de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 8, Art. 10 Numeral 2,3. Art. 18 numeral 3,1, 3,2 y 3.3. Art 31 Numeral 1; 2; 3.)*	(6)	3	0	C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 1, 2, 3, 4, 7, 9 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	(6)	3	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS

3.1	**Estado de salud aparente . (signos/lesiones)** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 2, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	(6)	3	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	3	1.5	(0)	No Cuenta Con Certificado Médico Reciente C
3.3	**Prácticas higiénicas y dotación** *(Resolución 2674 de 2013 Art 14 Numeral 1, 2,4, 5, 6, 7, 8, 9, 11. Artículo 31 numeral 4 , artículo 35 numeral 5.)*	(6)	3	0	C
3.4	**Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 12; 14.)*	5	2.5	(0)	No Cuenta Con Carnet Manipulación de Alimentos. C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta
4	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 92. Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	(5)	2.5	0	C
4.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4,)*	(2.5)	1.25	0	C
4.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3)*	2.5	(1.25)	0	No hay separación Por Código de Colores C
4.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26 Numeral 3.)*	(8)		0	C
4.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1.)*	(6)	3	0	C

4.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	4	2	(0)	No Cuenta Con Procesos de limpieza y desinfección Documentados C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			22.7	La calificación del bloque corresponde al 28% del total del acta
5	**ALMACENAMIENTO Y COMERCIALIZACIÓN**	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	**Condiciones de almacenamiento** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 1, 2, 3, 4, 6, 7; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4.)*	(8)	4	0	C
5.2	**Manejo y conservación de productos refrigerados o congelados.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Decreto 2278 de 1982, Art. Art. 359, 360, 361. Decreto 561 de 1984, Art. 31, 32, 33, 34, 35, 36, 90, 100, 101, 102 y 103. Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 2; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4; Art. 35 Numeral 4.)*	(9)	4.5	1	NA C
5.3	**Manejo de productos que se expenden a temperatura ambiente.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 3, 4; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4; Art. 35 Numeral 6.)*	(8)	4	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			2.5	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta
6	**REQUISITOS LEGALES**	A	AR	I	HALLAZGOS
6.1	**6.1 Procedencia y requisitos legales** *(Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 1686 de 2012 Art 46; 47; 49; 50. Resolución 2674 de 2013 Art. 31 parágrafo 2. Art. 37. Resolución 5109 de 2005;)*	(5)	2.5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			5	La calificación del bloque corresponde al 5% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
86.75	FAVORABLE	90-100%
	X FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X 60 - 89,9%
	DESFAVORABLE	< 59,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	C
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	a

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si | No | Cuál:

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Hay Buen Manejo en cuanto Orden y Aseo, Se debe Mejorar Procesos Documentados

Por parte del establecimiento:

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 29 del mes de Julio del año 2022 en la Ciudad de Neiva.

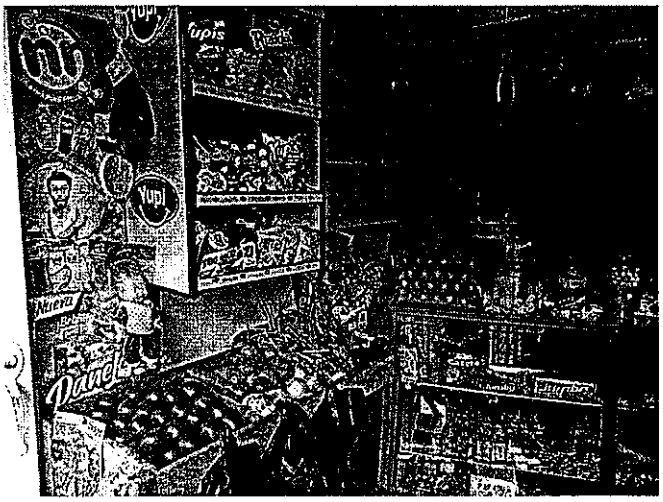
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

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.

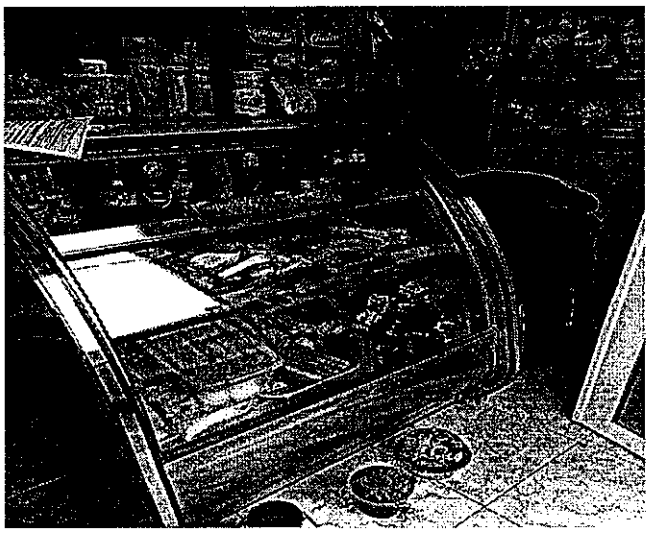
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Nubia Calle A.	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: x Fermey A Moncada J	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 18530513	CÉDULA:
CARGO: propietario	CARGO:

1485

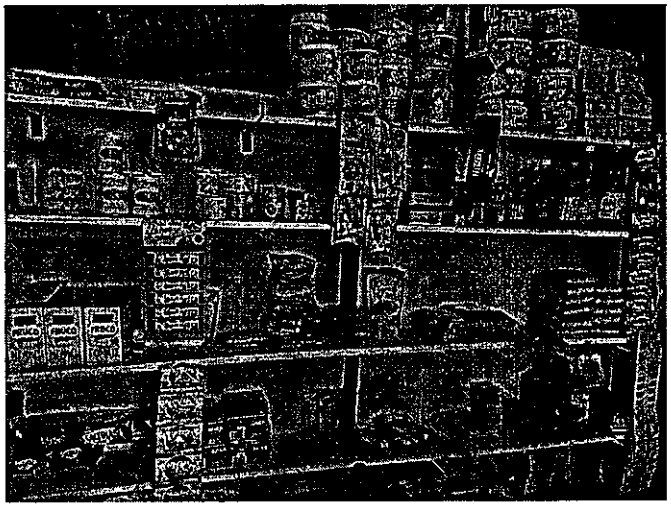
	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017



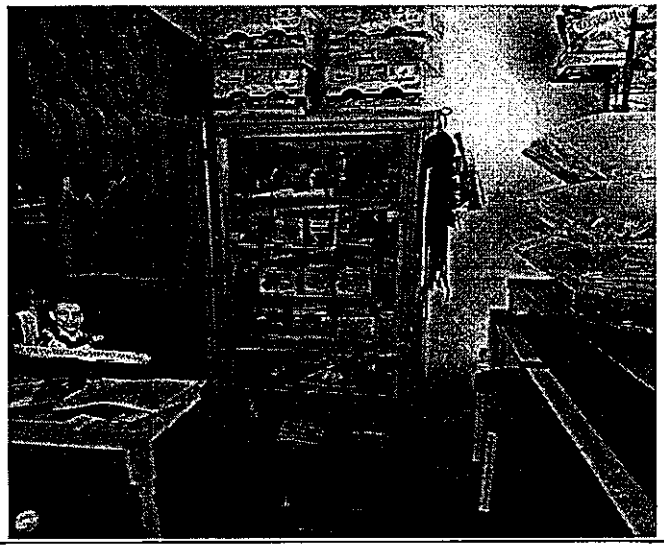
Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 29-07-2022
Lugar: MISCELANEA DALMA



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 29-07-2022
Lugar: MISCELANEA DALMA



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 29-07-2022
Lugar: MISCELANEA DALMA



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 29-07-2022
Lugar: MISCELANEA DALMA

1486

	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-PC-95-2022

Fecha de diligenciamiento:	29	Oct	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 (*): Aguda Programa (*): [redacted] Zona (*): Urbana

Nombre del establecimiento: [redacted] Dirección: Calle 11 S 09

Teléfono: 3213263502 Email: [redacted] NIT: [redacted]

Representante legal: [redacted] Identificación: [redacted]

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 03 mes 01 Año 2022 Antigüedad: 10 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X M X X X S X Horario de trabajo: 7:00 a [redacted] Am [redacted] a 7:00 Pm

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

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

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

Seguridad social:

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

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

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Cámara de comercio:	X N	Especifique:	No 1054451222	Fecha:	03 01 2022
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 Alimentos y bebidas

IV b. Emplea Sustancias químicas: S N Cuáles? 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
Martha Lucia Cardona	M F	25193956	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:	Martha Lucia Cardona J.	Nombre:	
Identificación:	25.193.956	Identificación:	
Cargo:	Administradora	Cargo:	
Teléfono:	321 826 33 02	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 29 Mes 04 año 2022	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

1487

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2022-07-29

2 Hora de inicio (HH:MM): 09:00

3 Hora de finalización (HH:MM): 09:30

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 18533288

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Cardona

7 (5) Segundo apellido: Morales

8 (6) Primer nombre: Marta

9 (7) Segundo nombre: Lucia

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 25193956

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1966-10-19

13 (9) Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apia

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [X]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vereda El Bosque

18 (12) Dirección residencia: Finca La Esperanza

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3218263302

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apia

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Calle Salvario

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 9 # 5-09

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [X] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa	X	Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [X]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie	X	Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 0

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 0

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIOECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	X
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si	X	No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o Si [ ] No [X]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 1

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna		Nocturna		Mixta	X	NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	5	6	X

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo	X	Más de un salario minimo		Un salario minimo	

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo	X	Subsidiado		Excepción		Especial	

48 (44) En su régimen de salud, usted es

1488

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva EPS

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICIÓN DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 70

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 155

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 00

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 00

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses 00

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad 00

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [X] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [ ] NO [X]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [ ] NO [X]

Si la preg. 67 O la preg,68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabajo [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][0]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,2 (68) Un accidente de trabajo**(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[X]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[X]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Ojos	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos	[ ]	Medios de transporte	[ ]	NoRegistra Agentes no clasificados	[ ]
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	[ ]	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	[ ]		
Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles	[ ]	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	[ ]		

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas	[ ]	Caidas de objetos	[ ]	Atrapamiento	[ ]
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	[ ]	Pisadas, choques o golpes	[ ]		

Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐ Exposicion o contacto con la electricidad ☐ NoRegistra ☐

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐

Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabajadores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabajador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?**(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☒

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☒

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

87 (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

Excelente ☐ Muy buena ☒ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido ☐ Iluminacion ☐ Vibracion ☐ Temperaturas extremas ☐

Radiaciones no ionizantes ☐ Presion atmosferica ☐ Radiaciones ionizantes ☐

Ninguno ☒ NoRegistra ☐

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional ☐ Caracteristicas de la organizacion del trabajo ☐ Caracteristicas del grupo social de trabajo ☐

Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐

NoRegistra ☐ Ninguno ☒

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus ☒ Bacterias ☐ Hongos ☐ Ricketsias ☐

Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐

Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico ☐ Electrico ☐ Locativo ☐ Tecnologico ☐

Accidentes de transito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Publicos ☐

Ninguno ☒

NoRegistra ☐

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☐ Ninguno ☒

Esfuerzo ☐ NoRegistra ☐

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos		Fibras		Liquidos	X	Humos	
Gases y vapores		NoRegistra		Ninguno			

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo		Terremoto	X	Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones		Ningunos		No Registro	

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales		Sombrero		Gorro o cachucha		Ninguno	
Prendas de proteccion para la cabeza		Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo				NoRegistra	

1490

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orejeras		Protectores auriculares		Ninguno	
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas Importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabajo		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	
Linea de vida		Casco con barbuquejo		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina)	SI	X	NO	
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Martha Lucia Cardona M.

CC: 25 193 956

Firma del Encuestador: Hobe A. Calle A

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1491

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA PARA EXPENDIO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

SECRETARÍA DE SALUD RISARALDA

CIUDAD Apia FECHA 29 / 07 / 2022 ACTA N° 66-045-02-RC-95-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Expendio [V] Expendio con operaciones de porcionado, troceado, acondicionamiento [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Secretaria Salud Departamental

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL Luis Annello Delgado

*CÉDULA / NIT 9475097O-3 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN 66045942509703

*NOMBRE COMERCIAL Tienda La Novena

*DIRECCIÓN Calle 9 # 5-09 MATRICULA MERCANTIL 18193122

*DEPARTAMENTO Risaralda *MUNICIPIO Apia

Barrio [ ] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [X] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: Calle de Santuario

TELÉFONOS 3218263502 FAX — o —

CORREO ELECTRÓNICO luissannello65@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO Luis Annello Delgado

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [V] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento 94250970

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Luis Annello Delgado

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [V] *Número de documento 94250970-3

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Calle 9 # 5-09

*DEPARTAMENTO Risaralda *MUNICIPIO Apia

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO L-D 7Am - 7Pm *NÚMERO DE TRABAJADORES 1

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		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: Primera Vez

EVALUACIÓN

Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
No Aplica (NA)	Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos.
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	**Localización y construcción.** *(Resolución 2674/2013, Art. 6, Numeral 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2,4 , 2.6 y 2,7. Art. 31 Numeral 1; 2.)*	2	1	0	C
1.2	**Condiciones de pisos, paredes y drenajes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1: 1.1, 1.2, 1.4. Numeral 2: 2.1; 2,2; Art. 31 Numeral 1, 2.)*	1.5	0.75	0	C
1.3	**Techos, puertas, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Art. 31 Numeral 1, 2.)*	1.5	0.75	0	C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Art. 31 Numeral 1, 2.)*	3	1.5	0	C
1.5.	**Áreas de exhibición y venta** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 6. Numeral 2.3; 2.5. Art. 31 Numeral 1; 2.)*	2	1	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			10	La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	**Capacidad, diseño y funcionamiento de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 8, Art. 10 Numeral 2,3. Art. 18 numeral 3,1, 3,2 y 3.3. Art 31 Numeral 1; 2; 3.)*	6	3	0	C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 1, 2, 3, 4, 7, 9 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	6	3	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS

3.1	**Estado de salud aparente . (signos/lesiones)** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 2, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	(6)	3	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	3	1.5	(0)	No Cuenta Con Certificado Médico vigente C
3.3	**Prácticas higiénicas y dotación** *(Resolución 2674 de 2013 Art 14 Numeral 1, 2,4, 5, 6, 7, 8, 9, 11. Artículo 31 numeral 4 , artículo 35 numeral 5.)*	(6)	3	0	C
3.4	**Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 12; 14.)*	5	2.5	(0)	No Cuenta Con Soportes de Capacitación o Certificado de Manipulación Alimentos C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta
4	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 92. Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	(5)	2.5	0	C
4.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4,)*	(2.5)	1.25	0	C
4.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3)*	2.5	(1.25)	0	No Se Hace Por Código de Colores C
4.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26 Numeral 3.)*	(3)		0	C
4.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1.)*	(6)	3	0	C

4.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	4	2	(0)	No Cuenta Con Procedimientos ni soportes documentados C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				22,75	La calificación del bloque corresponde al 28% del total del acta
5	**ALMACENAMIENTO Y COMERCIALIZACIÓN**	A	AR	I	**HALLAZGOS**
5.1	**Condiciones de almacenamiento** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 1, 2, 3, 4, 6, 7; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4.)*	(8)	4	0	C
5.2	**Manejo y conservación de productos refrigerados o congelados.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Decreto 2278 de 1982, Art. Art. 359, 360, 361. Decreto 561 de 1984, Art. 31, 32, 33, 34, 35, 36, 90, 100, 101, 102 y 103. Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 2; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4; Art. 35 Numeral 4.)*	(9)	4.5	1	NA C
5.3	**Manejo de productos que se expenden a temperatura ambiente.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 27, Art. 28 Numeral 3, 4; Art. 31 Numeral 1, 2, 3 y 4; Art. 35 Numeral 6.)*	(8)	4	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				25	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta
6	**REQUISITOS LEGALES**	A	AR	I	**HALLAZGOS**
6.1	**6.1 Procedencia y requisitos legales** *(Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 1686 de 2012 Art 46; 47; 49; 50. Resolución 2674 de 2013 Art. 31 parágrafo 2. Art. 37. Resolución 5109 de 2005;)*	(5)	2.5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				5	La calificación del bloque corresponde al 5% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
86,75		FAVORABLE	90-100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%	
		DESFAVORABLE	< 59,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	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.

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si	No	Cuál:
		C

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

En General hay Muy buen Manejo en Cuanto a orden y Aseo

No Cuenta Con Proceso Documentados.

Por parte del establecimiento:

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 29 del mes de Julio del año 2022 en la Ciudad de Agua.

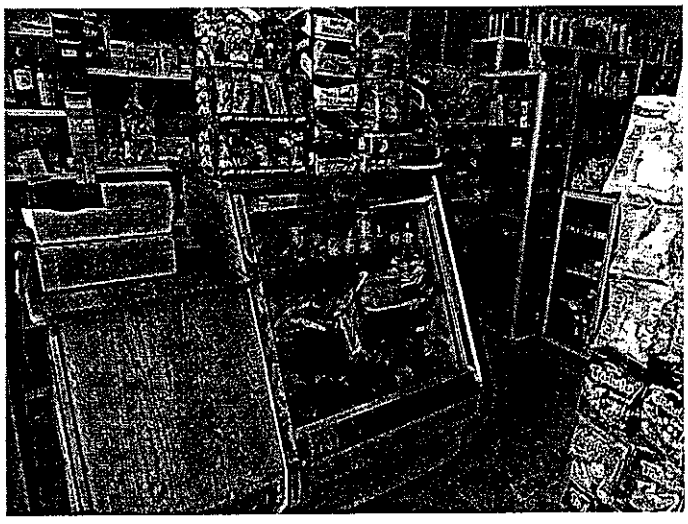
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

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. Castaño	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Martha Lucia Cardona M	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 25 193 956	CÉDULA:
CARGO: Administradora	CARGO:

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL Actividad #1: Visitas AAT FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

	
Actividad N°:1 **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 29-07-2022** **Lugar: TIENDA LA NOVENA**	**Actividad N°:1** **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 29-07-2022** **Lugar: TIENDA LA NOVENA**
	
Actividad N°:1 **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 29-07-2022** **Lugar: TIENDA LA NOVENA**	**Actividad N°:1** **Nombre actividad:** VISITAS AAT **Fecha: 29-07-2022** **Lugar: TIENDA LA NOVENA**

1496

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-EE-96-2022

Fecha de diligenciamiento: 29 Oct 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 consignada

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

Nombre del establecimiento: [redacted] | Dirección: Carrera 8 Calle 15 Esq.

Teléfono: 3145971855 | Email: [redacted] | NIT: [redacted]

Representante legal: Arlex Antonio Franco | Identificación: 10[redacted]

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 23 Mes 03 Año 2015 | Antigüedad: 7 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: L M M J V S D | Horario de trabajo: 9:00 a [redacted] Am [redacted] a 5:00 Pm

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

Número de trabajadores: 1 | Administrativos: [redacted] | 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 X N | EPS: Nueva EPS | 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

Elaboración Fabricación Muebles

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

Lacas, Sellador, Tiner

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
Arles Antonio Franco	M F	10194176	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 Secretaría de Salud Departamental:

Nombre:	Arles A. Franco M.	Nombre:	
Identificación:	10194176	Identificación:	
Cargo:	Propietario	Cargo:	
Teléfono:	314.571.85.33	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 24 mes 04 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Aura A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A. Captivisk	Cargo (*)	

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

1497

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y 2022 — M M 07 — D D 29

2 Hora de inicio (HH:MM): H H 10 : M M 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H 10 : M M 30

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1053332888

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Franco

7 (5) Segundo apellido: Montoya

8 (6) Primer nombre: Arles

9 (7) Segundo nombre: Antonio

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1019417 6

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y 1961 — M M 01 — D D 10

13 (9) Masculino [X] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apia

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Sector Los Patios

18 (12) Dirección residencia: Carrera 8 Calle 13 Esquina 2 Piso

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3145778533

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apia

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Sector Los Patios

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Carrera 8 Calle 13 Esquina 1 Piso

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [X] Divorciado [ ]

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta	X	Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 0

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 0

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	X
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si	X	No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 5

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 8

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	X	6	7

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo	X	Más de un salario minimo		Un salario minimo	

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo	X	Subsidiado		Excepción		Especial	

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva E.P.S

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 64

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 165

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 00

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 00

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses 00

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad 00

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [X] NO [ ]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocalna [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg,68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? **(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabajo [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][0]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI [ ]	NO [X]
73,2 (68) Un accidente de trabajo **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI [ ]	NO [X]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI [ ]	NO [X]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI [ ]	NO [X]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó? **(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Ojos	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos	[ ]	Medios de transporte	[ ]	NoRegistra	[ ]
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	[ ]	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	[ ]	Agentes no clasificados	[ ]
Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles	[ ]	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	[ ]		

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas	[ ]	Caidas de objetos	[ ]	Atrapamiento	[ ]
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	[ ]	Pisadas, choques o golpes	[ ]		

Exposicion o contacto con temperatura extrema [ ] Exposicion o contacto con la electricidad [ ] NoRegistra [ ]

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras [ ]

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78) No sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento [ ] Falta de tiempo [ ] Poca importancia [ ] NoRegistra [ ]

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia [ ] Conocido [ ] Drogueria [ ] Hospital [ ] NoRestra [ ]

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital [ ] Puesto de salud [ ] Farmacia [ ] Consultorio particular [ ]

Curandero [ ] Usted mismo o familiar [ ] Ninguno [ ]

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0) Cantidad Dias [ ]

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

Grupo organizado de trabajadores informales [ ] Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]

El trabajador o la familia [ ] Otro [ ] NoRegistro [ ]

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?(si marco NO pasar a la preg.85) SI [ ] NO [X]

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? (si marco NO pasar a la preg.87) SI [ ] NO [X]

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial [ ] Motriz [ ] Mental [ ] NoRegistro [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

87 (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos (marcar una, la mas importante)

Ruido [X] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]

Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]

Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales (marcar una, la mas importante)

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabajo [ ] Caracteristicas del grupo social de trabajo [ ]

Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabajo [ ]

NoRegistra [ ] Ninguno [X]

88,3 (87)Biologicos (marcar una, la mas importante)

Virus [ ] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]

Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]

Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [X] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad (marcar una, la mas importante)

Mecanico [X] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]

Accidentes de transito [ ] Trabajo en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]

Ninguno [ ]

NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico (marcar una, la mas importante)

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [X] Ninguno [ ]

Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos		Fibras		Liquidos	X	Humos	
Gases y vapores		NoRegistra		Ninguno			

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo	X	Terremoto		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones		Ningunos		No Registro	

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [X] NO [ ]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales		Sombrero		Gorro o cachucha		Ninguno	X
Prendas de proteccion para la cabeza		Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo				NoRegistra	

1500

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles		Pantalla facial	X	NoRegistra	
		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orejeras		Protectores auriculares		Ninguno	X
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas	X	Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	Y
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad	X	Calzado de trabajo		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	X
Linea de vida		Casco con barbuquejo		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	X
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina)	SI	X	NO	
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Alfonso Alfaro M

CC: 10194176

Firma del Encuestador: Nubia A. Calle A

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

La salud es de todos | Minsalud

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

LOGO DTS

CIUDAD: Apia | FECHA: 29 día / 07 mes / 2022 | ACTA N°: 66-045-02-A6-96-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

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

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

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Artes Antonio Franco
*CÉDULA / NIT: 10194176
*NOMBRE COMERCIAL: Ebanistería Franco
*DIRECCIÓN: Carrera 8 Calle 13 Esq. Piso 1 | MATRICULA MERCANTIL:
*DEPARTAMENTO: RISARALDA | *MUNICIPIO: Apia
Barrio: | Vereda: | Comuna: | Localidad:
Sector: Los Portales | Corregimiento: | Caserío: | UPZ:
Otro: [ ] | Cuál:
TELÉFONOS: 3145718533 | CORREO ELECTRONICO: —
CORREO ELECTRÓNICO: —
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Artes Antonio Franco
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 10194176
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Artes Antonio Franco
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 10194176
CORREO ELECTRÓNICO: —
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Carrera 8 Calle 13 Esq. Piso 1
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [ ] NO [X]
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: —
*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apia
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-V 9Am - 5Pm | 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: Ebanistería

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	066-045-05-ICBA día / mes / año 05/12/2014	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N°ACTA DE ULTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS X		
			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: Primera Vez

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

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 Establecimiento
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 Establecimiento

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	CC	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 180, 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 Irregular. Partes Deteriorados	
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		Paredes y techos en regular Estado	
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		Parte de Cableado en regular Estado	
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		Espacio Con regular Estado cubo	
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 — 7.5 % del	

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	CC	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 Esta Documentado el Procedimiento	
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 del acta 20 — 17 % del total	

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	CC	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	**CC**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**	
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 38 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	**CC**	**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 Estopa Sin Cuarto

V. MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS						
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 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

VI. CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTION DEL RIESGO						
	ASPECTO A VERIFICAR	IC	ICP	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 Garantiza Documentado al Proceso
4.2	Se encuentran claramente señalizados los diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia.	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 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

VII. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
62	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.

VIII. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

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

IX. 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	3.13	3.14	3.15

X. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

No Cuenta Con Extintor
No Cuenta Con Botiquin

+ Cableado y Piso en Regular Estado

Por parte 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 HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	30-07-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	12-09-2022

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 29 del mes de Julio 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.

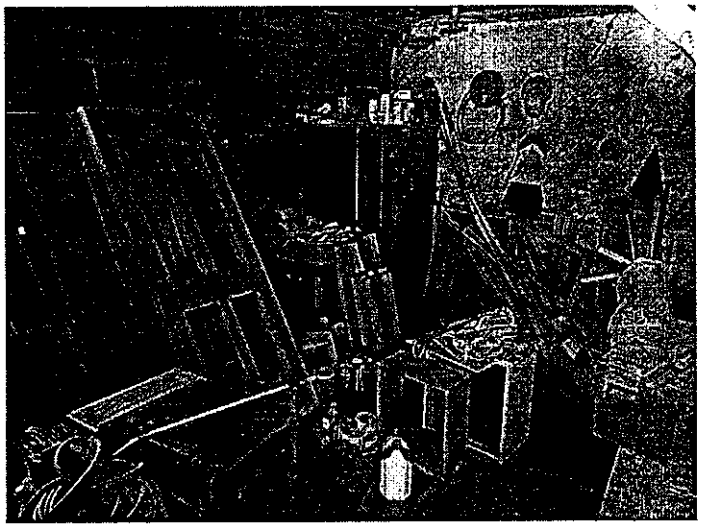
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Nubia A. Calle A	FIRMA:
NOMBRE: Nubia Alejandra Calle A	NOMBRE:
CÉDULA: 1853332889	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Olivia A. Franco M	FIRMA:
NOMBRE: Olivia A. Franco M	NOMBRE:
CÉDULA: 1019411176	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO: Propietario	CARGO:

1503

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



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 29-07-2022
Lugar: EBANISTERIA FRANCO



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 29-07-2022
Lugar: EBANISTERIA FRANCO



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 29-07-2022
Lugar: EBANISTERIA FRANCO



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 29-07-2022
Lugar: EBANISTERIA FRANCO

1504

	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-RC-97-2022

Fecha de diligenciamiento:	29	Oct	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 (*): Aquia | Programa (*): [redacted] | Zona (*): Urbana

Nombre del establecimiento: [redacted] | Dirección: Carrera 10 # 8-62

Teléfono: 3176225591 | Email: [redacted] | NIT: [redacted]

Representante legal: Angelo de Jesus Cano Acosta | Identificación: 18.550.740

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 07 mes 01 Año 2015 | Antigüedad: 7 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: L M M J V S D | Horario de trabajo: [redacted] a [redacted] Am 8:00 a 9:00 Pm

Turnos: S N | 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 M M J V S D | Frecuencia/semanal: 1 2 X 3 Diaria

Seguridad social:

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

Salud X N | EPS: Asmet Salud | 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 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
Arnulfo Cano	M F	18530740	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 residucs — 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:	Arnulfo Cano	Nombre:	
Identificación:	18530740	Identificación:	
Cargo:		Cargo:	
Teléfono:	3226203881	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 7 Mes 2 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Auber A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A. Contratista	Cargo (*)	

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

1505

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2][0][2][2] — M M [0][7] — D D [2][9]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [0][2] : M M [0][0]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [0][2] : M M [3][0]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 18533288

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Cano

7 (5) Segundo apellido: Mejia

8 (6) Primer nombre: Arnulfo

9 (7) Segundo nombre: De Jesus

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 18530740

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1][9][6][6] — M M [0][5] — D D [0][1]

13 (9) Masculino [X] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apia

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Brr Villa de las Cascaras

18 (12) Dirección residencia: Carrera 10 # 8-62

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3226273501

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apia

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Brr Villa de las Cascaras

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Carrera 10 # 8-62

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa	X	Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie	X	Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 2

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 0

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno		NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si	X	No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 7

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna		Nocturna		Mixta	X	NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 4

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	5	6	X

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo	X	Más de un salario minimo		Un salario minimo	

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo		Subsidiado	X	Excepción		Especial	

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Asmet Salud

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 75

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 162

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 00

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 00

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses 00

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad 00

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [X]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [X] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg,68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? **(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabajo [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][0]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[0]
73,2 (68) Un accidente de trabajo **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[X]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[X]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó? **(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Ojos	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos	[ ]	Medios de transporte	[ ]	NoRegistra Agentes no clasificados	[ ]
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	[ ]	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	[ ]		
Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles	[ ]	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	[ ]		

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas	[ ]	Caidas de objetos	[ ]	Atrapamiento	[ ]
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	[ ]	Pisadas, choques o golpes	[ ]		

1507

Exposicion o contacto con temperatura extrema [ ] Exposicion o contacto con la electricidad [ ] NoRegistra [ ]

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras [ ]

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento [ ] Falta de tiempo [ ] Poca importancia [ ] NoRegistra [ ]

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia [ ] Conocido [ ] Drogueria [ ] Hospital [ ] NoRestra [ ]

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital [ ] Puesto de salud [ ] Farmacia [ ] Consultorio particular [ ]

Curandero [ ] Usted mismo o familiar [ ] Ninguno [ ]

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias [ ]

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabajadores informales [ ] Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]

El trabajador o la familia [ ] Otro [ ] NoRegistro [ ]

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI [ ] NO [X]

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI [ ] NO [X]

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial [ ] Motriz [ ] Mental [ ] NoRegistro [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

87 (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [ ] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]

Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]

Ninguno [X] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabajo [ ] Caracteristicas del grupo social de trabajo [ ]

Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabajo [ ]

NoRegistra [ ] Ninguno [X]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]

Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]

Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]

Accidentes de transito [ ] Trabajo en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]

Ninguno [X]

NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [ ] Ninguno [X]

Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos		Fibras		Liquidos	X	Humos	
Gases y vapores		NoRegistra		Ninguno			

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo	X	Terremoto		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones		Ningunos		No Registro	

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales		Sombrero		Gorro o cachucha		Ninguno	
Prendas de proteccion para la cabeza		Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo				NoRegistra	

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles		Pantalla facial		NoRegistra	
		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orejeras		Protectores auriculares		Ninguno	
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabajo		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	
Linea de vida		Casco con barbuquejo		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento ☐

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina)	SI	X	NO	
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Daniela cano M

CC: 1g-530740

Firma del Encuestador: Hubert A. Calle A

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1509

La salud es de todos | Minsalud

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

LOGO DTS

CIUDAD: Apia | FECHA: 29 día 07 mes año 2022 | ACTA N°: 66-045-02-AG-97-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

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

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

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Arnulfo de Jesus Cano
*CÉDULA / NIT: 18530740
*NOMBRE COMERCIAL: Tienda La Esquina
*DIRECCIÓN: Carrera 10 # 8-67 | MATRICULA MERCANTIL:
*DEPARTAMENTO: RISARALDA | *MUNICIPIO: Apia
Barrio: Villa Cascajas | Vereda: | Comuna: | Localidad:
Sector: | Corregimiento: | Caserío: | UPZ:
Otro: [ ] | Cuál:
TELÉFONOS: 3226223501 | CORREO ELECTRONICO: —o—
CORREO ELECTRÓNICO: —o—
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Arnulfo de Jesus Cano
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 18530740
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Arnulfo de Jesus Cano
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 18530740
CORREO ELECTRÓNICO: —o—
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Carrera 10 # 8-62
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: L-V 6PM-9PM | N° DE TRABAJADORES: 1
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES: 0 | N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: 1
CÓDIGO CIUU: SI [ ] NO [X] | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: Expendio Alimentos y Bebidas

Total/12 Por Bloque

2. CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA 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		

3. 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: Primera Vez

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

4. 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	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

1 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		
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		
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 30

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		Procedimiento No 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 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 Tanques 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 38 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 alinterior, 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 gestion integral de sus residuos sólidos documentado e	2	(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. MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
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 Evidencia
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

	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 Evidencia Documentado
4.2	Se encuentran claramente señalizados los diferentes areas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia	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		N/A
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		No Cuenta Con Botiquin.
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
77	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 Botiquin
+ No Cuenta Con Señalización Acorde

- No Cuenta Con Procesos Documentados

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	30-07-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	12-09-2022

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 27 del mes de julio del año 2022 en la Ciudad de Aquia.

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: Yubia A. Collado A.	FIRMA:
NOMBRE: Yubia Alejandra Collado	NOMBRE:
CÉDULA: 185-332288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contadora	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: X	FIRMA:
NOMBRE: X	NOMBRE:
CÉDULA: X 18-530740	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO: X	CARGO:

1511

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-RC-98-2022

Fecha de diligenciamiento: 30 Oct 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 (*): Urbana

Nombre del establecimiento: Tienda San Juan Pablo | Dirección: Carrera 10 # 9-38

Teléfono: 3145704229 | Email: [redacted] | NIT: [redacted]

Representante legal: Luis Enrique Hoyos | Identificación: 18551968

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 24 Mes 01 Año 2022 | Antigüedad: 0 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X M M J V X D | Horario de trabajo: 6:00 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 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: Asmet Salud | 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 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 Alimentos y Bebidas

IV b. Emplea Sustancias químicas: S N Cuáles? (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
Luis Enrique Lozada	M F	18531968	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:	Luis Enrique Lozada	Nombre:	
Identificación:	18531968	Identificación:	
Cargo:	Profesional	Cargo:	
Teléfono:	3145020539	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 Calle 1	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A. Contratista	Cargo (*)	

Formato recibido por:

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

v2,0 10/08/13

1512

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y — M M — D D: 2022 — 07 — 30

2 Hora de inicio (HH:MM): H H : M M: 10 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H : M M: 10 : 30

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 18533288

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Loaiza

7 (5) Segundo apellido: Ocampo

8 (6) Primer nombre: Luis

9 (7) Segundo nombre: Enrique

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 18531968

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y — M M — D D: 1974 — 07 — 02

13 (9) Masculino [X] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apia

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Br Villa de las Cascaras

18 (12) Dirección residencia: Carrera 10 # 9-32

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3145401539

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apia

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Br Villa de las Cascaras

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Carrera 10 # 9-32

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [X] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa	X	Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie	X	Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 1

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 0

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia	X	Familiar	
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si	X	No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 20

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna		Nocturna		Mixta	X	NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	5	6	X

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo	X	Más de un salario minimo		Un salario minimo	

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo		Subsidiado	X	Excepción		Especial	

48 (44) En su régimen de salud, usted es

1513

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Asmet Salud

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 64

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 153

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [X] NO [ ]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [X] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

CONDICIÓN DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg,68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? **(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabajo [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][0]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,2 (68) Un accidente de trabajo **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[X]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[X]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó? **(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Ojos	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos	[ ]	Medios de transporte	[ ]	NoRegistra	[ ]
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	[ ]	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	[ ]	Agentes no clasificados	[ ]
Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles	[ ]	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	[ ]		

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas	[ ]	Caidas de objetos	[ ]	Atrapamiento	[ ]
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	[ ]	Pisadas, choques o golpes	[ ]		

Exposicion o contacto con temperatura extrema [ ] Exposicion o contacto con la electricidad [ ] NoRegistra [ ]

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras [ ]

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento [ ] Falta de tiempo [ ] Poca importancia [ ] NoRegistra [ ]

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia [ ] Conocido [ ] Drogueria [ ] Hospital [ ] NoRestra [ ]

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital [ ] Puesto de salud [ ] Farmacia [ ] Consultorio particular [ ]

Curandero [ ] Usted mismo o familiar [ ] Ninguno [ ]

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias [ ]

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabajadores informales [ ] Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]

El trabajador o la familia [ ] Otro [ ] NoRegistro [ ]

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?**(si marco NO pasar a la preg.85)** SI [ ] NO [X]

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI [ ] NO [X]

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial [ ] Motriz [ ] Mental [ ] NoRegistro [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

87 (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [ ] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]

Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]

Ninguno [X] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabajo [ ] Caracteristicas del grupo social de trabajo [ ]

Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabajo [ ]

NoRegistra [ ] Ninguno [X]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]

Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]

Fluidos o excrementos [ ] NInguno [ ] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]

Accidentes de transito [ ] Trabajo en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]

Ninguno [X]

NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [X] Ninguno [ ]

Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos		Fibras		Liquidos	X	Humos	
Gases y vapores		NoRegistra		Ninguno			

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo	X	Terremoto		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones		Ningunos		No Registro	

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales		Sombrero		Gorro o cachucha		Ninguno	
Prendas de proteccion para la cabeza		Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo				NoRegistra	

1515

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orejeras		Protectores auriculares		Ninguno	
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabajo		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	
Linea de vida		Casco con barbuquejo		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento ☐

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina)	SI	X	NO	
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Luis Enrique Ortiz A

CC: 1053196[illegible]

Firma del Encuestador: Nube A. Calle A

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1516

La salud es de todos | Minsalud

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

LOGO DTS

CIUDAD: Apía | FECHA: 30 día mes año 2017 | ACTA N°: 66-045-02-A6-98-822

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

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

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

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Luis Enrique Loaiza

*CÉDULA / NIT: 18531968

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda San Juan Pablo

*DIRECCIÓN: Carrera 10 # 9-38 | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: RISARALDA | *MUNICIPIO: Apía

Barrio: Villa Cassandra | Vereda: | Comuna: | Localidad:

Sector: | Corregimiento: | Caserio: | UPZ:

Otro: [ ] Cuál:

TELÉFONOS: 3145804539 | CORREO ELECTRONICO: —o—

CORREO ELECTRÓNICO: —o—

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Luis Enrique Loaiza

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 18531968

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Luis Enrique Loaiza

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 18531968

CORREO ELECTRÓNICO: —o—

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Carrera 10 # 9-38

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 6AM - 8PM | 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: Primera Vez				

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

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)

8

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

1. 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 tropiozos y accidentes, nivelados para facilitar el dronaje (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 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 30 % del total del acta 30	

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	CR	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**	**CR**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**	
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 38 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**	**CR**	**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 el Proceso	

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		No Identificados ni Manejan Cód. Colores
	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 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 → 27
	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 Documentado
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y acciones en cuanto al acceso y manejo circulación de personas, rutas de evacuación y segunda salida de emergencia	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 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		No Cuenta Con Botiquin
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta → 5

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

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

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	3.14	3.15

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

- No Cuenta Con Botiquin
- No Se Evidencian Procesos Documentados

12

- No Hay Código Colores para Separación de Tesd...

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

DIAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	30-07-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	12-09-2022

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 Julio 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: Ivette A. Calla A.	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.I.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:

FIRMA: Luis Enrique Loaiza	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 18531989	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO:	CARGO:

1520

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-RC-99-2022

Fecha de diligenciamiento:	30	07	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 considerada.

Municipio (*): Apia | Programa (*): RC | Zona (*): Urbana

Nombre del establecimiento: Tienda Mi Chuzo | Dirección: Carrera 11 # 4-14

Teléfono: 314 770 1552 | Email: | NIT:

Representante legal: Soledad Echeverry | Identificación: 24 613 393

Fecha de puesta en funcionamiento: Dia 20 mes 07 Año 2012 | Antigüedad: 20 Años

Concepto sanitario: S N No: 2705 | Concepto (*): FA | Fecha: 2018 m 06 a 16

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: L M M J V S D | Horario de trabajo: 8:00 a 12 Am 1 a 9:00 Pm

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

Número de trabajadores: 1 | Administrativos: | Operarios: 1 | H 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: Coosalud | ARL S N | Cuál?

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S Y	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: droguería, venta medicamentos de control, inyectología, glucometría, fotocopias, alimentos...)

Expendio Alimentos y Bebidas

IV b. Emplea Sustancias químicas: S N Cuáles? (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
Solangel Echeverry	M F	24413393	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:	Solangel Echeverry	Nombre:	
Identificación:	24-413393	Identificación:	
Cargo:		Cargo:	
Teléfono:	314 770 757	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 30 mes 04 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hubert A. Callal	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A. Contratista	Cargo (*)	

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

1527

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y — M M — D D: 2022 — 07 — 30

2 Hora de inicio (HH:MM): H H : M M: 08 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H : M M: 08 : 30

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 18533288

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Echeverry

7 (5) Segundo apellido: Roman

8 (6) Primer nombre: Solangel

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 24413393

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y — M M — D D: 1965 — 11 — 09

13 (9) Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apia

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Brr Sta Ines

18 (12) Dirección residencia: Carrera 11 # 4-49

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3147720757

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apia

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Brr Sta Ines

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Carrera 11 # 4-49

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [X] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta	X	Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie	X	Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 3

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 0

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIOECONÓMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia	X	Familiar	
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si	X	No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 20

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna		Nocturna		Mixta	X	NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)**

Dias	0	1	2	3	4	5	6	X

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo	X	Más de un salario minimo		Un salario minimo	

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo		Subsidiado	X	Excepción		Especial	

48 (44) En su régimen de salud, usted es

1522

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Confenalco

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 92

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 158

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 08

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 08

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg,68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabajo [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][0]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,2 (68) Un accidente de trabajo**(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[X]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[X]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Ojos	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos	[ ]	Medios de transporte	[ ]	NoRegistra	[ ]
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	[ ]	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	[ ]	Agentes no clasificados	[ ]
Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles	[ ]	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	[ ]		

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas	[ ]	Caidas de objetos	[ ]	Atrapamiento	[ ]
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	[ ]	Pisadas, choques o golpes	[ ]		

Exposicion o contacto con temperatura extrema [ ] Exposicion o contacto con la electricidad [ ] NoRegistra [ ]

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras [ ]

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento [ ] Falta de tiempo [ ] Poca importancia [ ] NoRegistra [ ]

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia [ ] Conocido [ ] Drogueria [ ] Hospital [ ] NoRestra [ ]

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital [ ] Puesto de salud [ ] Farmacia [ ] Consultorio particular [ ]
Curandero [ ] Usted mismo o familiar [ ] Ninguno [ ]

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias [ ]

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabajadores informales [ ] Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]
El trabajador o la familia [ ] Otro [ ] NoRegistro [ ]

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?**(si marco NO pasar a la preg.85)** SI [ ] NO [X]

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI [ ] NO [X]

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial [ ] Motriz [ ] Mental [ ] NoRegistro [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

87 (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [ ] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [X] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabajo [ ] Caracteristicas del grupo social de trabajo [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabajo [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [X]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabajo en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [X] Postura [ ] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos		Fibras		Liquidos	X	Humos	
Gases y vapores		NoRegistra		Ninguno			

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo	X	Terremoto		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones		Ningunos		No Registro	

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales		Sombrero		Gorro o cachucha		Ninguno	
Prendas de proteccion para la cabeza		Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo				NoRegistra	

1524

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orejeras		Protectores auriculares		Ninguno	
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabajo		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	
Linea de vida		Casco con barbuquejo		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina)	SI	X	NO	
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: + Solangel Echeverry

CC: + 24-413393

Firma del Encuestador: Hubes A. Calle A

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

La salud es de todos | Minsalud

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

LOGO DTS

CIUDAD: Apia | FECHA: 30 / 05 / 2022 | ACTA N°: 66-045-02-AG-99-2022

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	Solangel Echeverry
*CÉDULA / NIT	24413393
*NOMBRE COMERCIAL	Tienda Mi Chuzo
*DIRECCIÓN	Carrera 11 # 4-49
MATRICULA MERCANTIL	
*DEPARTAMENTO	RISARALDA
*MUNICIPIO	
Barrio	Sta Ines
Vereda	
Comuna	
Localidad	
Sector	
Corregimiento	
Caserio	
UPZ	
Otro [ ] Cuál:	
TELÉFONOS	3147720757
CORREO ELECTRONICO	— o —
CORREO ELECTRÓNICO	— o —
NOMBRE DEL PROPIETARIO	Solangel Echeverry
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 24413393
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	Solangel Echeverry
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 24413393
CORREO ELECTRÓNICO	— o —
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Carrera 11 # 4-49
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	L-D 8Am 7Pm
N° DE TRABAJADORES	1
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES	
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
CÓDIGO CIUU SI [ ] NO [X]	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: Expendio Alimentos Bebidas

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA 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: Primera Vez			

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

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	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 Vigente

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		
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		Pared en ladrillo sin revoque
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		Algunas Instalaciones electricas En Bombillo
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

	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 185 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

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		

V. MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS

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 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 15

VI. CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTIÓN DEL RIESGO

ITEM	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 esta Establecido ni Documentado
4.2	se encuentran Claramente señalizados los diferentes pisos y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas Servicio seguridad Salidas de emergencias	3	1.5	0		No hay Señalización 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 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
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

VII. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
72.5	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.

VIII. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

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

IX. 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

X. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

- No Cuenta Con Extinto ni Botiquin
- No Cuenta Con Procesos Documentados

- No Cuenta Con Procesos Documentados

Fortaleza 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	30-07-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	12-09-2022

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 30 del mes de Julio 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: Hubi A. Callia	FIRMA:
NOMBRE: Hubi Alejandro Calle A	NOMBRE:
CÉDULA: 18533358	CÉDULA:
CARGO: T.S.A Capacitista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Solangel Echeverry	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 24.413393	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO:	CARGO:

1527

	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-EE-100-2022

Fecha de diligenciamiento:	01	08	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 (*): [redacted] Zona (*): Urbano

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

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

Representante legal: [redacted] Identificación: [redacted]

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 28 mes 05 Año 2022 Antigüedad: [redacted] Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: L M M J V S D Horario de trabajo: 8:00 a [redacted] Am [redacted] a 5:00 Pm

Turnos: S N 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 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: SOS ARL S X Cuál? [redacted]

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S	X	Especifique:	No	[redacted]	Fecha:	d m a
Cámara de comercio:	X	N	Especifique:	No	1818595998	Fecha:	28 03 2022
Certificado de Bomberos:	S	X	Especifique:	No	[redacted]	Fecha:	d m a
Certificado de fumigación:	X	N	Especifique:	No	1855227591	Fecha:	06 04 2022
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	X	Especifique:	No	[redacted]	Fecha:	d m a
Plan gestión resid. PGIRHS:	S	X	Especifique:	No	[redacted]	Fecha:	d m a

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

Taller Mecanica Automotriz

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

Gasolina - Aceite - Petroleo

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
Leonidas Moncada	M F	4351466	Servicios Generales
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

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

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

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

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:		Nombre:	
Identificación:	Leonidas moncada 4351466	Identificación:	
Cargo:		Cargo:	
Teléfono:	3117783859	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

1528

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2][0][2][2] — M M [0][8] — D D [0][1]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [0][4] : M M [0][0]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [0][4] : M M [3][0]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1853332888

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Marcada

7 (5) Segundo apellido: Ruiz

8 (6) Primer nombre: Leonidas

9 (7) Segundo nombre: De Jesus

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 4351466

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1][9][5][9] — M M [0][3] — D D [2][2]

13 (9) Masculino [X] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apia

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Bn San Daniel

18 (12) Dirección residencia: Mz 11 Casa 10

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3117703859

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apia

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Barrio 15 Agosto

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Carrera 7B # 13-52

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [X] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta	X	Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 3

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 0

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIOECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si	X	No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 1

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 8

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	5	X	7

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo	X	Más de un salario minimo		Un salario minimo	

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo	X	Subsidiado		Excepción		Especial	

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? S.O.S

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 78

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 165

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 00

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 00

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [X] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [Y] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [Y] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg,68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? **(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabajo [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][O]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,2 (68) Un accidente de trabajo **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[X]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[X]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó? **(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Ojos	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos	[ ]	Medios de transporte	[ ]	NoRegistra Agentes no clasificados	[ ]
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	[ ]	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	[ ]		
Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles	[ ]	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	[ ]		

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas	[ ]	Caidas de objetos	[ ]	Atrapamiento	[ ]
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	[ ]	Pisadas, choques o golpes	[ ]		

1530

Exposicion o contacto con temperatura extrema [ ] Exposicion o contacto con la electricidad [ ] NoRegistra [ ]

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras [ ]

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento [ ] Falta de tiempo [ ] Poca importancia [ ] NoRegistra [ ]

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia [ ] Conocido [ ] Drogueria [ ] Hospital [ ] NoRestra [ ]

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital [ ] Puesto de salud [ ] Farmacia [ ] Consultorio particular [ ]

Curandero [ ] Usted mismo o familiar [ ] Ninguno [ ]

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias [ ]

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabajadores informales [ ] Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]

El trabajador o la familia [ ] Otro [ ] NoRegistro [ ]

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI [ ] NO [X]

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI [ ] NO [X]

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial [ ] Motriz [ ] Mental [ ] NoRegistro [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

87 (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [ ] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [X]

Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]

Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabajo [ ] Caracteristicas del grupo social de trabajo [ ]

Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabajo [ ]

NoRegistra [ ] Ninguno [X]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]

Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]

Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [X] Locativo [ ] Tecnologico [ ]

Accidentes de transito [ ] Trabajo en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]

Ninguno [ ]

NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [X] Ninguno [ ]

Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos		Fibras		Liquidos	X	Humos	
Gases y vapores		NoRegistra		Ninguno			

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo	X	Terremoto		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones		Ningunos		No Registro	

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales		Sombrero		Gorro o cachucha		Ninguno	
Prendas de proteccion para la cabeza		Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo				NoRegistra	

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles		Pantalla facial		NoRegistra	
		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orejeras		Protectores auriculares		Ninguno	
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabajo		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	
Linea de vida		Casco con barbuquejo		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento					

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina)	SI	X	NO	
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Leonidas Moncada

CC: 4351464

Firma del Encuestador: _____

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1532

La salud es de todos | Minsalud

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

LOGO DTS

CIUDAD: Apia | FECHA: 01 día 09 mes/año 2022 | ACTA N°: 66-045-02-AG-100-2022

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: Jesus Maria Quintero Perez

*CÉDULA / NIT: 18532239-1

*NOMBRE COMERCIAL: Carburadores y Aceites Mas

*DIRECCIÓN: Carrera 7B # 13-52 | MATRICULA MERCANTIL: 18195998

*DEPARTAMENTO: RISARALDA | *MUNICIPIO: Apia

Barrio: 15 Agosto | Vereda: | Comuna: | Localidad:

Sector: | Corregimiento: | Caserio: | UPZ:

Otro: | Cuál:

TELÉFONOS: 3123554703 | CORREO ELECTRONICO: brigadier189@gmail.com

CORREO ELECTRÓNICO: brigadier189@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Jesus Maria Quintero

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 18532239

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Jesus Maria Quintero

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [X] | *Número de documento: 18532239-1

CORREO ELECTRÓNICO: brigadier189@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Carrera 7B # 13-52

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: L-S 8Am-5Pm | N° DE TRABAJADORES: 1

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

CÓDIGO CIUU: SI [ ] NO [X] | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD:

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: 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 Estableciada
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	No Contratan
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		Aligunas

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1) CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	N/A	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		Partes del Piso deteriorados
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		Algunas Tomas e instalaciones Fuera de Estado
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)	(4)	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	N/A	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 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 20

3) CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	N/A	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**	**N/A**	**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**	**N/A**	**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 el Procedimiento

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. MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**CE**	**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		
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 25 % del total del acta

	4. CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTION DEL RIESGO					
	ASPECTO A VERIFICAR	**CE**	**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 Esta Implementado ni Documentado
4.2	No Encuentra claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones con cuyo acceso y circulación de Personas, Servicios, Seguridad y Salud	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		
4.6	Existe botiquin de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 11 % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
82.5	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 CORRESPONCIENTE.

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.

| | | | | | |

- Riso Detectado

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 HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	30
FECHA LIMITE DE PLAZO	

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

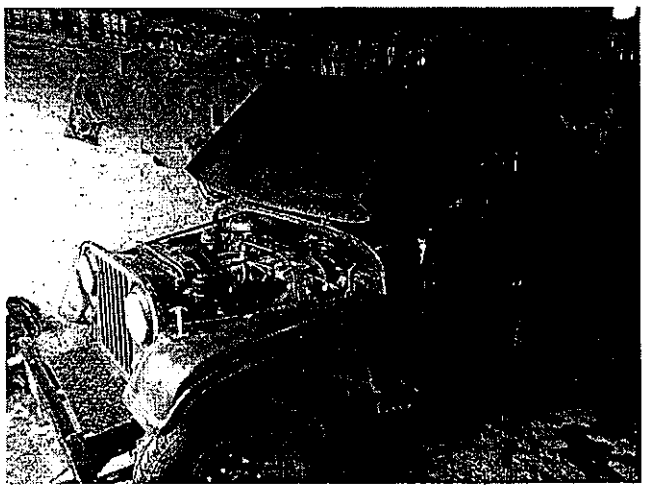
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

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.

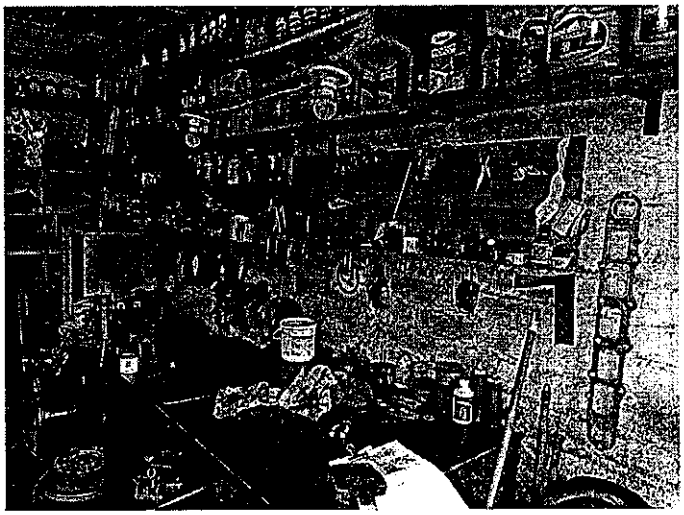
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA:	
FIRMA: Hulgo. A. Callejas	FIRMA:
NOMBRE: Hulgo Alejandro Calle	NOMBRE:
CÉDULA: 1853328[illegible]	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:	
FIRMA: Leonidas Moncada	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 4351466	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO:	CARGO:

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



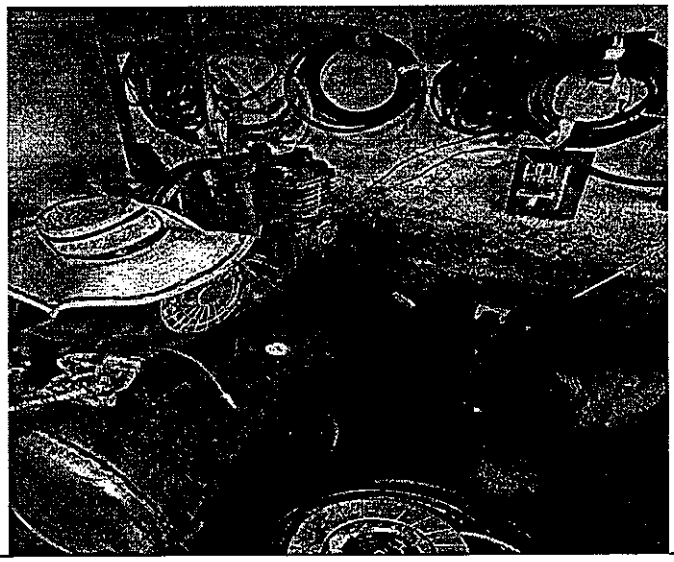
Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 01-08-2022
Lugar: CARBURADORES Y ALGO MAS



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 01-08-2022
Lugar: CARBURADORES Y ALGO MAS



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 01-08-2022
Lugar: CARBURADORES Y ALGO MAS



Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 01-08-2022
Lugar: CARBURADORES Y ALGO MAS

1535

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 EE-101-2022

Fecha de diligenciamiento: 01 08 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 (*): Urbana

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

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

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

Fecha de puesta en funcionamiento: Día [redacted] mes [redacted] Año [redacted] | Antigüedad: [redacted] Años

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

II. Jornada laboral:

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

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

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

Días de recolección de basuras: L X 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: [redacted] | ARL S N | Cuál? [redacted]

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a
Cámara de comercio:	X N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	[redacted]
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

Alquiler y Taller Mecanica Motos

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

Refrigerante - Gasolina

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
Jhan Jairo Berrio	M F	1088536951	Servicios Generales
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

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

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

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

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:	Jhan Berrio	Nombre:	
Identificación:	1088536951	Identificación:	
Cargo:		Cargo:	
Teléfono:	3186588640	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 mes año	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hugo A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)	

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

1536

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2022-03-01

2 Hora de inicio (HH:MM): 09:00

3 Hora de finalización (HH:MM): 09:30

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1853328

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Bonno

7 (5) Segundo apellido:

8 (6) Primer nombre: Jhon

9 (7) Segundo nombre: Larso

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1088536951

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1989-02-26

13 (9) Masculino [X] Femenino [ ]

UBICACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apia

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Sucta- Ladrillazo

18 (12) Dirección residencia: Calle 11 # 7-31

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3182586447

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apia

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Sector Urbano

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación:

INFORMACIÓN LABORAL

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [X] Divorciado [ ]

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa	X	Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 00

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 00

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

Aspecto Socio Económicos

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si		No X
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o Si [ ] No [X]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 17

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 08

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias 0 1 2 3 4 5 X 7

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo	X	Más de un salario minimo		Un salario minimo	

Aspecto Salud

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo	X	Subsidiado		Excepción		Especial	

48 (44) En su régimen de salud, usted es

1537

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva EPS

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

III. CONDICIONES DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg [ ][6][1]

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm [1][7][1]

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ][ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ][ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [X] NO [ ]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [9][3][0]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ][7][ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [X] NO [ ]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [X] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg,68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabajo [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][0]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,2 (68) Un accidente de trabajo**(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[X]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[X]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Ojos	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos	[ ]	Medios de transporte	[ ]	NoRegistra	[ ]
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	[ ]	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	[ ]	Agentes no clasificados	
Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles	[ ]	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	[ ]		

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas	[ ]	Caidas de objetos	[ ]	Atrapamiento	[ ]
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	[ ]	Pisadas, choques o golpes	[ ]		

Exposicion o contacto con temperatura extrema | Exposicion o contacto con la electricidad | NoRegistra

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78) No sabe | SI | NO

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento | Falta de tiempo | Poca importancia | NoRegistra

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia | Conocido | Drogueria | Hospital | NoRestra

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital | Puesto de salud | Farmacia | Consultorio particular

Curandero | Usted mismo o familiar | Ninguno

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0) Cantidad Dias

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

Grupo organizado de trabajadores informales | Empresa Prestadora de Servicios de Salud

El trabajador o la familia | Otro | NoRegistro

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?(si marco NO pasar a la preg.85) SI | NO X

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? (si marco NO pasar a la preg.87) SI | NO X

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial | Motriz | Mental | NoRegistro

CONDICIONES DE TRABAJO

87 (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

Excelente | Muy buena X | Buena | Regular | Mala

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos (marcar una, la mas importante)

Ruido | Iluminacion | Vibracion | Temperaturas extremas

Radiaciones no ionizantes | Presion atmosferica | Radiaciones ionizantes

Ninguno | NoRegistra X

88,2 (86)Psicosociales (marcar una, la mas importante)

Gestion organizacional | Caracteristicas de la organizacion del trabajo | Caracteristicas del grupo social de trabajo

Condiciones de la tarea | Interfase persona - tarea | Jornada de trabajo

NoRegistra | Ninguno X

88,3 (87)Biologicos (marcar una, la mas importante)

Virus X | Bacterias | Hongos | Ricketsias

Parásitos | Picaduras | Mordeduras

Fluidos o excrementos | Ninguno | NoRegistra

88,4 (88)Condiciones de seguridad (marcar una, la mas importante)

Mecanico | Electrico X | Locativo | Tecnologico

Accidentes de transito | Trabajo en alturas | Espacios confinados | Publicos

Ninguno

NoRegistra

88,5 (89)Biomecanico (marcar una, la mas importante)

Manipulacion manual de cargas | Movimiento repetitivo | Postura | Ninguno

Esfuerzo X | NoRegistra

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos		Fibras		Liquidos	X	Humos	
Gases y vapores		NoRegistra		Ninguno			

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo	X	Terremoto		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones		Ningunos		No Registro	

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales		Sombrero		Gorro o cachucha		Ninguno	
Prendas de proteccion para la cabeza		Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo				NoRegistra	

1539

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orejeras		Protectores auriculares		Ninguno	
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabajo		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	
Linea de vida		Casco con barbuquejo		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina)	SI	X	NO	
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: JHON BEDOYA

CC: 1088536951

Firma del Encuestador: Huber A. Calla A

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1540

La salud es de todos | Minsalud

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

LOGO DTS

CIUDAD: Aqm | FECHA: 04 día / 08 mes / 2022 año | ACTA N°: 66-045-02-AG-102-2022

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	Veronica Andrea Restrepo
*CÉDULA / NIT	24415397-8
*NOMBRE COMERCIAL	Caleto Motos
*DIRECCIÓN	Calle 11 # 10-62
MATRICULA MERCANTIL	14525002
*DEPARTAMENTO	RISARALDA
*MUNICIPIO	Aqm
Barrio	
Vereda	
Comuna	
Localidad	
Sector	Vitalino
Corregimiento	
Caserio	
UPZ	
Otro [ ] Cuál:	
TELÉFONOS	3128794600
CORREO ELECTRONICO	Vean27@hotmail.com
CORREO ELECTRÓNICO	Vean27@hotmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO	Veronica Andrea Restrepo
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 24415397-8
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	Veronica Andrea Restrepo
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [X] *Número de documento: 24415397-8
CORREO ELECTRÓNICO	Vean27@hotmail.com
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Calle 11 # 10-62
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:	SI [ ] NO [X]
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA	— o —
*DEPARTAMENTO	Risaralda
*MUNICIPIO	Aqm
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	M-S 10 Am - 6 Pm
N° DE TRABAJADORES	1
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES	0
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	1
CÓDIGO CIUU	SI [ ] NO [X]
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	Taller Mecanica Automotriz

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA 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: 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)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO		OBSERVACIONES
	SI	NO	
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 Evidencia

CONDICIONES LOCATIVAS SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

PROTECCIÓN LOCATIVA

	ITEM A VERIFICAR	C	O			OBSERVACIONES	
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	
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 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 total del acta	30 % del 30

CONDICIONES SANITARIAS

	ITEM A VERIFICAR	C	O			OBSERVACIONES	
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 Esta Documentado el Proceso	
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 del acta	20 % del total 17

CONDICIONES DE SANEAMIENTO

ABASTECIMIENTO DE AGUA

	ITEM A VERIFICAR	C	O			OBSERVACIONES	
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		1	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		

DISPOSICIÓN DE EXCRETAS Y RESIDUOS LÍQUIDOS

	ITEM A VERIFICAR	C	O			OBSERVACIONES	
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 DE RESIDUOS SÓLIDOS

	ITEM A VERIFICAR	C	O			OBSERVACIONES	
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e	2	1			No Esta Documentado el Proceso	

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 Estibas y bolsas
3.4 CONTROL INTEGRADO DE PLAGAS						
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 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 27

4. GESTIÓN DEL RIESGO						
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 Establecido ni Documentado
4.2	Se encuentra claramente señalizados los extintores, rutas y salidas en cuanto al acceso y circulación de Personas, Servicios, Seguridad y Salidas Emergencia	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	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 8

III. CUMPLIMIENTO CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
76	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.

IV. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

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

V. REQUERIMIENTO SANITARIO

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.	3.12	3.	3.14	3.15	4.

VI. OBSERVACIONES

Por periodos la autoridad sanitaria:

- No Cuenta Con Procedimientos Documentados
- No Cuenta Con Separación Residuos Por Código Colores

- No Cuenta Con Señalización, Acorde

V. INFORMACIÓN DE 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

VI. PLAZO CUMPLIMIENTO DE MEDIDA

DÍAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	02-08-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	14-09-2022

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 01 del mes de Agosto del año 2022 en la Ciudad de Neiva.

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.

FUNCIONARIO(S) QUE REALIZA(N) LA VISITA

FIRMA: Nubia A. Calla A.	FIRMA:
NOMBRE: Nubia Alejandra Calla A	NOMBRE:
CÉDULA: 1853328	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Epidemiologia	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:

PERSONA(S) QUE ATIENDE(N) LA DILIGENCIA

FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: JHON BERRIO	NOMBRE:
CÉDULA: 1088537951	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO:	CARGO: