	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **CERTIFICACIÓN Vo. Bo. A LAS OBLIGACIONES DE LOS TECNICOS DE SALUD AMBIENTAL DE CONTRATO**
Versión: 0	Vigencia: 02-2018

Yo **DIEGO ALEJANDRO RINCON HURTADO** con documento de identidad N° **94367550**, en calidad de supervisor de salud departamental y teniendo en cuenta que el (la) contratista **HUBER ALEJANDRO CALLE AGUIRRE,** identificado (a) con documento N° **18.533.288** EN el marco del contrato No.**1239** de fecha **27 Enero 2022**, desarrolla sus actividades en esta localidad y que las mismas robustecen los resultados del programa de Salud Ambiental del municipio de **APIA, Risaralda**, certifico que después de haber acordado la programación de actividades con antelación y realizado la revisión de los soportes por cada una de las obligaciones, dicha documentación se encuentra acorde a lo estipulado en el contrato, reposa en los sistemas de información debidamente diligenciada y está consignada en los archivos del componente de salud ambiental a cargo del área de sistemas salud en medio digital intranet y archivo físico de la gobernación de Risaralda

Fecha de entrega del informe: 10 Junio 2022

Número del informe: 04

Firma del Supervisor que emite el Vo. Bo. _____

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

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

SOPORTES ENTREGADOS:

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

CONTRATISTA RESPONSABLE: Hola L. Calle

996

	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 66-0450Z-IRQ-63-2022

Fecha de diligenciamiento:	20	05	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 (*): Acia Programa (*): [redacted] Zona (*): Rural

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

Teléfono: 3044089633 Email: [redacted] NIT: [redacted]

Representante legal: [redacted] Identificación: [redacted]

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 17 Mes 05 Año 2021 Antigüedad: 1 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X M X V X S D Horario de trabajo: 900 a [redacted] Am [redacted] a 6:00 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 X N EPS: Asmet Salud ARL S X Cuál? [redacted]

III. Documentación:

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

Montallantas.

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

Cloro · Detergente · 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	Género	No. Identificación	Cargo/funciones
Arbey de Jesus Velez	M F	18531359	Administrador
	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:	Arbey Velez	Nombre:	
Identificación:	18531359	Identificación:	
Cargo:	Propietario	Cargo:	
Teléfono:	3011084673	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 20 mes 05 año 2022	Fecha:	Día Mes Año
Nombre	Hubert A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)	

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

997

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): 2022-05-20

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 EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Velez

7 (5) Segundo apellido: Acevedo

8 (6) Primer nombre: Arbey

9 (7) Segundo nombre: De Jesus

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

11 (3) Número de documento: 18531359

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1971-04-10

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 [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [X]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vereda Valladolid

18 (12) Dirección residencia: Sector La Popa

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 3046087633

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 [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [X]

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

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Sector La Popa

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	X	Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		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):** 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 3

(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 9

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 60

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 [ ]

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 [X] 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 [ ]

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 [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 [✓]

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		Terremoto		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones	X	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	

1000

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 movimi... ☐

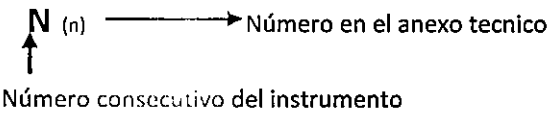
91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar ... lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde ...arrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emerge... el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el ... donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en ...gar 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 sa...? (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		NO	X
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Arbey de J Valencia

CC: 18531359

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."



1001

La salud es de todos | Minsalud

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

LOGO DTS

CIUDAD: Apía | FECHA: 20a / 05 / año 2022 | ACTA N°: 66-045-02-A6-63-2022

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	Arley de Jesus Velez
*CÉDULA / NIT	18531359
*NOMBRE COMERCIAL	Montallantas Valladolid
*DIRECCIÓN	Vereda Valladolid
MATRICULA MERCANTIL	
*DEPARTAMENTO	RISARALDA
*MUNICIPIO	Apía
Barrio	
Vereda	Valladolid
Comuna	
Localidad	
Sector	
Corregimiento	
Caserio	
UPZ	
Otro [ ] Cuál:	
TELÉFONOS	3044087633
CORREO ELECTRONICO	— o —
CORREO ELECTRÓNICO	— o —
NOMBRE DEL PROPIETARIO	Arley de Jesus Velez
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 18531359
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	Arley de Jesus Velez
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 18531359
CORREO ELECTRÓNICO	— o —
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Vereda Valladolid Sector la Popa
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 9Am - 6Pm
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: Servicio de Montallantas

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)**

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)		X	No Establecido
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	No Evidencia
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

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores,mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	(5)	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	(4)	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	2	(0)		Piso irregular en Madera en Mal estado
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 Tabla
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979)	3	1.5	(0)		Cableado en Mal estado, sin Señalización
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 27

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		Se Presenta desorden en algunos Espacios
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
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)		No Cuenta Con recipientes

IV. MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS		CS	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 20

V. CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTION DEL RIESGO						
	ASPECTO A VERIFICAR	CS	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		3	(1.5)	0		Falta Señalizaváa
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	(0)		
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		
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 11.5

VI. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
69,5	FAVORABLE		95%-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X	50%-94%
	DESFAVORABLE		< 49,9%

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

VII. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

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

VIII. 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

IX. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Falta Orden y aseo en el establecimiento, debe adecuar e implementar Botiquin de Primeros auxilios

Dicho Mejoras los Pisos de Establecimiento

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	20-05-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	06-07-2022

VIII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 20 del mes de Mayo 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: Huber F. Callejas	FIRMA:
NOMBRE: Huber Alejandro Callejas	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Arbey Lejarcito	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 18531359	CÉDULA:
INSTITUCIÓN: Monte Horeb Bautista Iglesia	INSTITUCIÓN:
CARGO: Propietario	CARGO:

1003

	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-64 2022

Fecha de diligenciamiento:	20	05	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 informacion aqui considerada

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

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

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

Representante legal: [redacted] Identificación: [redacted]

Fecha de puesta en funcionamiento: Dia 16 mes 02 Año 2018 Antigüedad: 4 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: [redacted] Horario de trabajo: [redacted]

Turnos: S N Especificar. Día S N Noche: S N Horario [redacted]

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

Días de recolección de basuras: [redacted] Frecuencia/semanal: [redacted]

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: [redacted]
Cámara de comercio:	S N	Especifique:	No	[redacted]	Fecha: [redacted]
Certificado de Bomberos:	S N	Especifique:	No	[redacted]	Fecha: [redacted]
Certificado de fumigación:	S N	Especifique:	No	[redacted]	Fecha: [redacted]
Contrato Resid especiales:	S N	Especifique:	No	[redacted]	Fecha: [redacted]
Días de recolección R. especiales:	[redacted]			Frecuencia/semanal:	[redacted]
Plan vertimientos CARDER	S N	Especifique:	No	[redacted]	Fecha: [redacted]
Plan gestión resid. PGIRHS:	S N	Especifique:	No	[redacted]	Fecha: [redacted]

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
Ana C. Cr Herrera	M F	1048014340	Administradora
Jhonatan Benitez H	M F	1041531735	Servicios Generales
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

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

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

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

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

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

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

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

Nombre:	Ana Herrera	Nombre:	
Identificación:	1048014340	Identificación:	
Cargo:	Propetario	Cargo:	
Teléfono:	3133168496	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 16 Mes 05 Año 2022	Fecha:	Día Mes Año
Nombre:	Hobo A. Calle A.	Nombre	
Cargo:	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)	

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

v2,0 10/08/13

100%

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 - 05 - 20

2 Hora de inicio (HH:MM): H H : M M: 05 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H : M M: 05 : 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: 18533289

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Herrera

7 (5) Segundo apellido: Ospina

8 (6) Primer nombre: Ana

9 (7) Segundo nombre: Elcy

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

11 (3) Número de documento: 1048014340

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y - M M - D D: 1987 - 07 - 08

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 Encanto

18 (12) Dirección residencia: Vereda El Encanto

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 [ ] No [ ] Número 3137618962

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 [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [X]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Vereda El Encanto

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Vereda El Encanto

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	X	Técnico		Ninguno	
Primaria completa		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		Con otros	X
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 12

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 12

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 05

(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 12

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

1005

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 [ ][7][0]

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm [1][5][5]

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 [X] 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 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 [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 [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		Terremoto		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones	X	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	

1007

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		NO	X
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI	X	NO	

Nombre del Encuestado: ANA HERRERA

CC: 1082014340

Firma del Encuestador: Hobe A. Gallo

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

1008

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

SECRETARÍA DE SALUD RISARALDA

CIUDAD: Apia | FECHA: 20/05/2022 | ACTA N°: 66-045-02-RC-64-2022

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: Ana Elcy Herrera Ospina

*CÉDULA / NIT: 1048014340 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045104801434O

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda El Encanto

*DIRECCIÓN: Vereda el Cucento | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apia

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

Otro [ ] Cuál: El Encanto

TELÉFONOS: 3137018496 | FAX:

CORREO ELECTRÓNICO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Ana Elcy Herrera Ospina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 1048014340

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Ana Elcy Herrera Ospina

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 1048014340

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda El Cucento - Tienda El Encanto

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apia

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-V 7Am - 10Pm | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 2

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA 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	Pisos Agrietados e Irregulares 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	Falta aseo en Inodoro 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	Mezcla Productos Alimentos Con Pilas C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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	Exibidor en regular Estado 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				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 se Evidencia 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	No Cuenta Con Dotación C
3.4	**Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 12; 14.)*	5	2.5	(0)	No Cuenta Con Certificado de Manipulación Alimentos C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				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	Agua No clorada 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)	Mal Manejo Residuos 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 Se Evidencia C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					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	Algunos Productos no se almacenan en Estibas 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	Productos Mezclados C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					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					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	
05.75		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%	

1010

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: 0

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Debe Mejorar Mantenimiento, aseo en Instalaciones Sanitarias

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y 20 del mes de Mayo 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

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: Huber A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Huber Alejandro Calle A	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: ANA Herrera	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 1048014340	CÉDULA:
CARGO: Propetario	CARGO:

1011

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-65-2022

Fecha de diligenciamiento:	20	05	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 (*): RC | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Restaurante Las Hamacas | Dirección: Vda La Maria Estrada Servicio La Maria

Teléfono: 3225512657 | Email: | NIT:

Representante legal: Cesar Agudelo | Identificación: 24414106

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 01 mes 06 Año 2012 | Antigüedad: 10 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X M W X V S D | Horario de trabajo: a | Am 7:30 a 11:30 Pm

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

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

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

Seguridad social:

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

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

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S N	Especifique:	No		Fecha: d m a
Cámara de comercio:	S X	Especifique:	No		Fecha: d m a
Certificado de Bomberos:	S N	Especifique:	No		Fecha: d m a
Certificado de fumigación:	X N	Especifique:	No	24414106	Fecha: d m a
Contrato Resid especiales:	S X	Especifique:	No		Fecha: d m a
Días de recolección R. especiales:	L M M J V S D	Frecuencia/semanal:	1 2 3 Diaria		
Plan vertimientos CARDER	S 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
Eunice Agudelo	M F	24414106	Administradora
	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:	Eunice Agudelo A	Nombre:	
Identificación:	24.414.106	Identificación:	
Cargo:	Propietaria	Cargo:	
Teléfono:	312 559 2632	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 20 mes 05 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hubert A. Callad.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)	

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

1012

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 - 05 - 20

2 Hora de inicio (HH:MM): H H : M M: 02 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H : M M: 02 : 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 EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Agudelo

7 (5) Segundo apellido: Acevedo

8 (6) Primer nombre: Eunise

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 24914106

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y - M M - D D: 1970 - 03 - 17

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 Jardin

18 (12) Dirección residencia: Finca San Antonio

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: 3225592632

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 [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [X]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Vereda La Maria

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Estación Servicio La Maria

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 [ ] 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		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 8

(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 8

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

Dias	0	1	2	3	4	5	6	7
							X	

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

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 [ ] 7 5

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 1 7 0

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 [ ] 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 [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	[ ]		

1014

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		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones	X	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	

1015

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	X
		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	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	X	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	X
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		NO	X
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI		NO	X
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	X
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	X	NO	
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	X	NO	

Nombre del Encuestado: Eunice Agudelo A

CC: 24.414.106

Firma del Encuestador: Hubc. A. Callat

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

1016

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

SECRETARÍA DE SALUD RISARALDA

CIUDAD Apia FECHA 20 / 05 / 2022 ACTA N° 66-045-02-RC-69-2022

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 Eunise Agudelo

*CÉDULA / NIT 24414106 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN 66045244141 06

*NOMBRE COMERCIAL Rapitienda La Maria

*DIRECCIÓN La Maria Estación Servicio MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO Risaralda *MUNICIPIO Apia

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

Otro [ ] Cuál: La Maria

TELÉFONOS 3225592632 FAX — o —

CORREO ELECTRÓNICO — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO Eunise Agudelo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento 24414106

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Eunise Agudelo

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento 24414106

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Vereda La Maria - Estación Servicio

*DEPARTAMENTO Risaralda *MUNICIPIO Apia

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO L-S 7-11:30 PM *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 se Evidencia 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	No Cuenta Con Dotación C
3.4	**Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 12; 14.)*	5	2.5	(0)	No Cuenta Con Certificado de Manipulación Alimentos C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9	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 de residuos, no se usa código 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 se Evidencia 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	Algunos Productos Presentan algo de Polvo C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			21	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
79,75		FAVORABLE	90-100%
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	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	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:
		—

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

En General se hace Buen Manejo Sanitario al Establecimiento

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 10 del mes de Mayo 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.

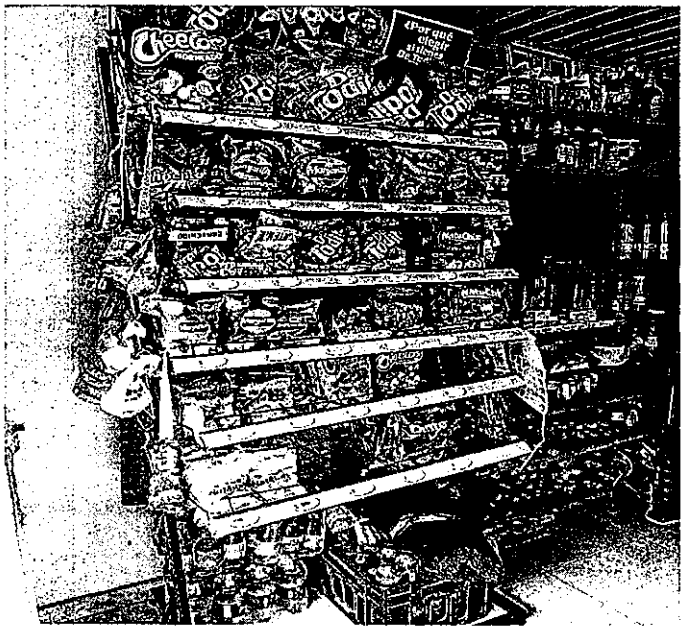
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

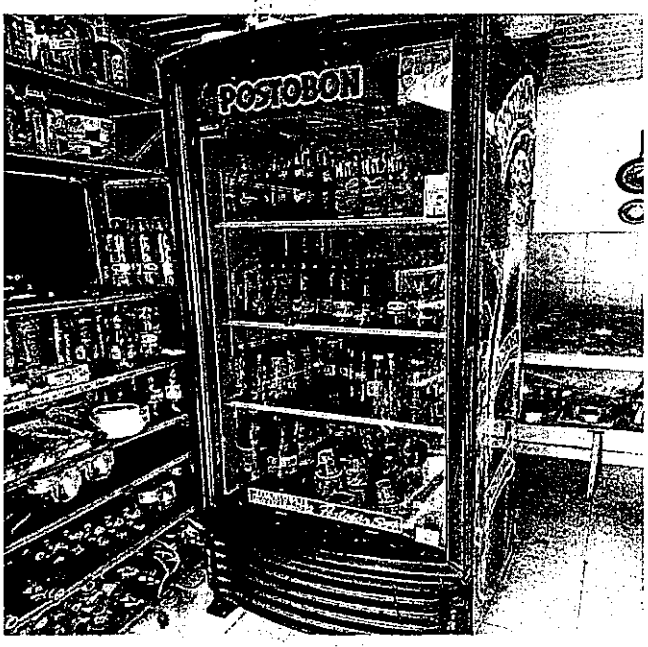
FIRMA: Hube. A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Hube. Alejandro Calle A.	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:

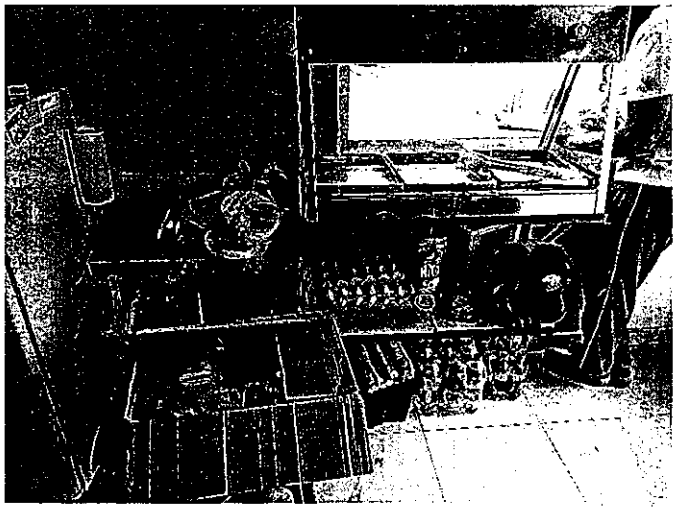
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

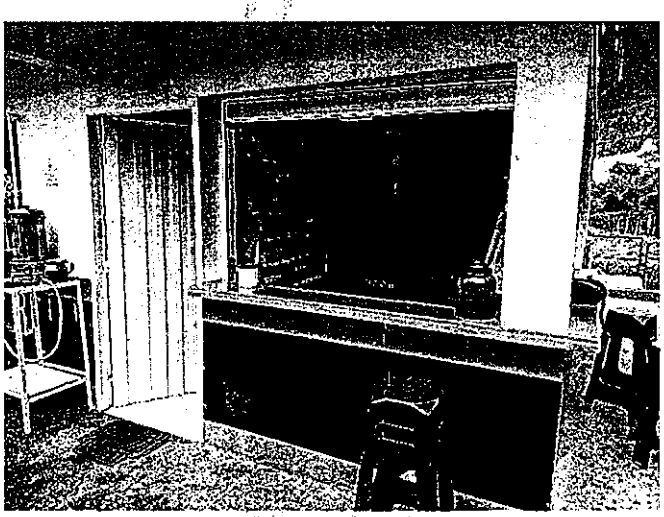
FIRMA: Eunice Agudelo A	FIRMA:
NOMBRE: Eunice Agudelo A	NOMBRE:
CÉDULA: 24.414.106	CÉDULA: 24.414.106
CARGO: propietaria	CARGO: propietaria

VISITAS AAT, RAPITIENDA LA MARÍA , 20-05-2022









1020

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 66-2022

Fecha de diligenciamiento: 20 05 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 (*): Apia | Programa (*): RCC | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Mercado Los Angelitos | Dirección: Vereda La Marta

Teléfono: 3012031102 | Email: | NIT:

Representante legal: Alba Lucia Gonzalez M | Identificación: 24914546

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 01 mes 12 Año 2021 | Antigüedad: 0 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: L M M J V S D | Horario de trabajo: 6:00 a 12 Am a 2:00 Pm

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

Número de trabajadores: 2 | Administrativos: 1 | Operarios: | 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: Nueva EPS | ARL S N | Cuál?

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S N	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.

Claro - Detergente

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

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

Nombre y apellidos	Genero	No Identificación	Cargo/funciones
Alba Lucia Gonzales	M F	24414344	Administrador
	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:	Alba Lucia Gonzalez M.	Nombre:	
Identificación:	24414344	Identificación:	
Cargo:	Propietario	Cargo:	
Teléfono:	3012038402	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 20 mes 05 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hoba. A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)	

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

1021

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 — 05 — 20

2 Hora de inicio (HH:MM): H H : M M: 12 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H : M M: 12 : 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: 1085333283

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Gonzales

7 (5) Segundo apellido: Martinez

8 (6) Primer nombre: Alba

9 (7) Segundo nombre: Lucia

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

11 (3) Número de documento: 24414344

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y — M M — D D: 1974 — 06 — 17

13 (9) Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN EL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apia

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vereda La Maria

18 (12) Dirección residencia: Mz B Casa 12

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 3012037402

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 [ ] Centro poblado [X] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Vereda La Maria

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz B Casa 12

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	X	Técnico		Ninguno	
Primaria completa		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):** 1

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 [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		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 9

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

1022

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

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 52

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 [X] NO [ ]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 2

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 1

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 [ ]

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 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	[ ]		

1023

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		Terremoto		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones		Ningunos	X	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	

1029

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	X	NO	

Nombre del Encuestado: Albalcia gomez M

CC: 24411324

Firma del Encuestador: Nube A. Callejas

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

1025

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

SECRETARÍA DE SALUD RISARALDA

CIUDAD: Apía | FECHA: 20 / 05 / 2022 | ACTA N°: 66-045-02-RC-66-2022

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: Alba Lucia Gonzales

*CÉDULA / NIT: 24414344 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045244143 44

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda los Angelitos

*DIRECCIÓN: Vereda La Maria Mz B casa 12 | *MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

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

Otro [ ] Cuál: La Maria

TELÉFONOS: 3012057402 | FAX: — o —

CORREO ELECTRÓNICO: — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Alba Lucia Gonzales

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 24414344

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Alba Lucia Gonzales

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 24414344

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda La Maria Mz B Casa 12

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D. 6AM-8PM | *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	Presenta Polvo en Estantería C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9	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 se Evidencia 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	No Maneja Dotación C
3.4	**Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 12; 14.)*	5	2.5	(0)	No Cuenta Con Certificación Manipulación Alimentos C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9	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)*	(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	Presenta Polvo en alguna estantería C

4.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	4	2	(0)	No se Evidencia C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			19,75	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
79,75		FAVORABLE	90-100%
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	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	— o —
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	— o —

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:
		— o —

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

En General Hay Buen Manejo del Establecimiento
- Presenta Polvo en algunos exibidores

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACION 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 20 del mes de Mayo 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.

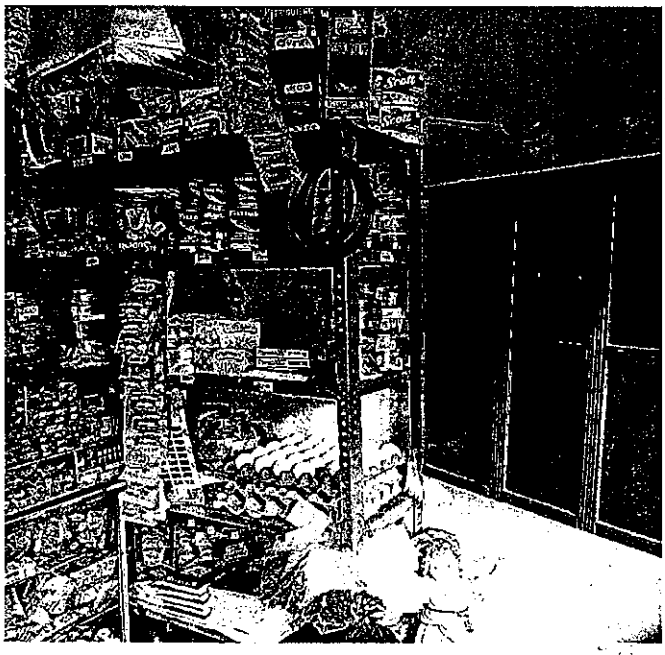
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

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

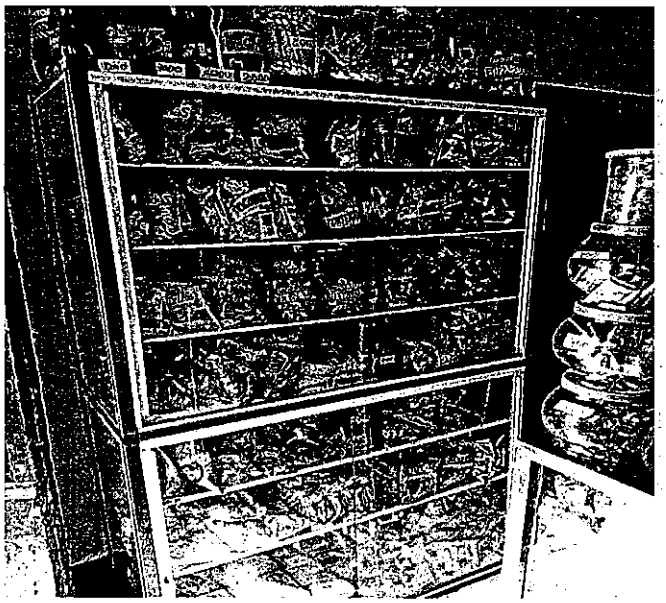
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

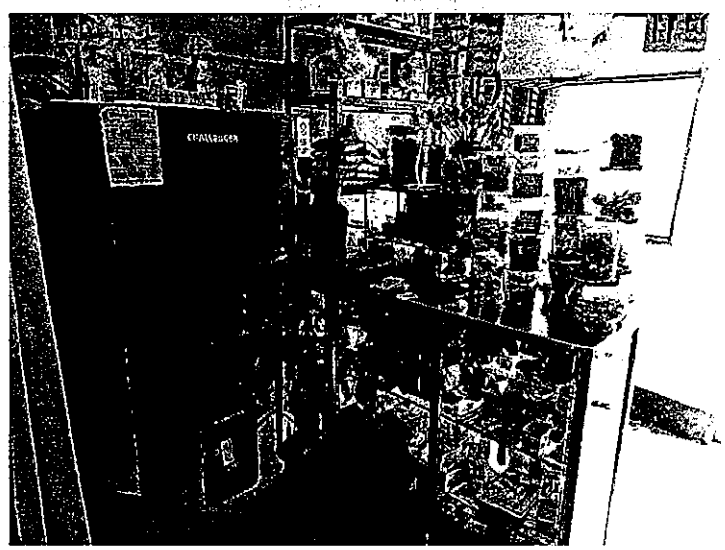
FIRMA: Alba Luiz gonalez M	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 24414344	CÉDULA:
CARGO: Propetario.	CARGO:

VISITAS AAT, TIENDA LOS ANGELITOS, 20-05-2022









1029

	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	66-045-01-I-RQ-67-2022

Fecha de diligenciamiento:	20	05	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 (*): Apia Programa (*): RQ Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Taller de Motos La Hoya Dirección: Vereda La Hoya

Teléfono: 3024306150 Email: NIT:

Representante legal: Gabriel Antonio Hoyos Identificación: 48531252

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 29 mes 05 Año 2020 Antigüedad: 2 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X M M X V S D Horario de trabajo: 7:00 a Am a 7:00 Pm

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

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

Días de recolección de basuras: L X 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?

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S N	Especifique:	No		Fecha:	d m a	
Cámara de comercio:	S X	Especifique:	No		Fecha:	d m a	
Certificado de Bomberos:	S X	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

Taller Mecanica Motocicletas

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

Cloro - Desengrasante - 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	Género	No Identificación	Cargo/funciones
Gabriel Antonio Montoya	M F	18531252	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 resíduos; 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:	Gabriel Montoya	Nombre:	
Identificación:	18531252	Identificación:	
Cargo:	propietario	Cargo:	
Teléfono:	3022430 6130	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 26 Mes 05 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hubo. A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)	

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

1030

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): 2022-05-20

2 Hora de inicio (HH:MM): 11:00

3 Hora de finalización (HH:MM): 11:30

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

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 18535288

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Montoya

7 (5) Segundo apellido: Manrique

8 (6) Primer nombre: Gabriel

9 (7) Segundo nombre: Antonio

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

11 (3) Número de documento: 18531252

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1965-08-21

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 [ ] Centro poblado [X] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vereda La Maria

18 (12) Dirección residencia: Vereda La Maria - Motallantas

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 3024306130

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 [ ] Centro poblado [X] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Vereda La Maria

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Vereda La Maria - Motallantas

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	X	Técnico		Ninguno	
Primaria completa		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		Con otros	
Con el cónyugue	X	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 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 15

(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

1031

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

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][0]

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm [1][5][5]

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 [ ] 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 [X] 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 ☒

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		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones	X	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	Y	Ninguno	
Prendas de proteccion para la cabeza		Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo				NoRegistra	

1033

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	X	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	X	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	X
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

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

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	X
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	X
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	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	X	NO	
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	X	NO	

Nombre del Encuestado: GABRIEL MONTOYA

CC: 18531252

Firma del Encuestador: Hubo A. Callata

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

1034

La salud es de todos | Minsalud

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

LOGO DTS

CIUDAD: Apía | FECHA: 20 de Diciembre 2022 | ACTA N°: 66-045-02-AG-67-2022

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: Gabriel Antonio Montoya
*CÉDULA / NIT: 18531757
*NOMBRE COMERCIAL: Taller Motos La Maria
*DIRECCIÓN: Vereda La Maria | MATRICULA MERCANTIL:
*DEPARTAMENTO: RISARALDA | *MUNICIPIO: Apía
Barrio: | Vereda: La Maria | Comuna: | Localidad:
Sector: | Corregimiento: | Caserío: | UPZ:
Otro: [ ] | Cuál: 3
TELÉFONOS: 3024306130 | CORREO ELECTRONICO:
CORREO ELECTRÓNICO:
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Gabriel Antonio Montoya
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 18531757
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Gabriel Antonio Montoya
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 18531757
CORREO ELECTRÓNICO:
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [ ] NO [X]
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA:
*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 7Am - 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: Taller de Motocicletas

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 PRACTICA 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 Estaldocumentado
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	No Evidencia
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

1.CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1.1 CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores.mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	(5)	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	(4)	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	(4)	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	(4)	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979)	3	(1.5)	0		No Estan Señalizados los Puntos.
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 28,5

1.2 CONDICIONES SANITARIAS

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

3.CONDICIONES DE SANEAMIENTO

3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA

		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo	(2)	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	(4)		0		CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	(2)	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	(0)		No Cuenta Con tanque Almacenamiento
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes).(Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0	X	

3.2 MANEJO Y DISPOSICION 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 Cuenta Con Programa 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 Encuentra Documentado
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	(5)		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta 23
	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		(3)	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	(0)		No se Evidencia
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto luminica y pasamanos.(Art 48 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	(0)		No hay Escaleras en el sitio
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 16

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

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

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

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	0
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	6

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	3.13	3.14	3.15

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Debe Mejorar Procesos Documentados

Debe de tener Botiquin en el establecimiento
Hace: Separación por Código Colores

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	20-05-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	06-07-2022

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

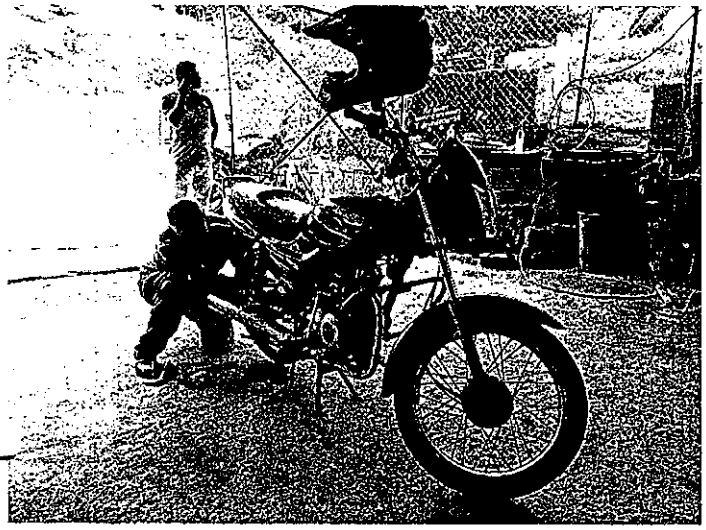
Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 20 del mes de Mayo del año 2022 en la Ciudad de Apia.

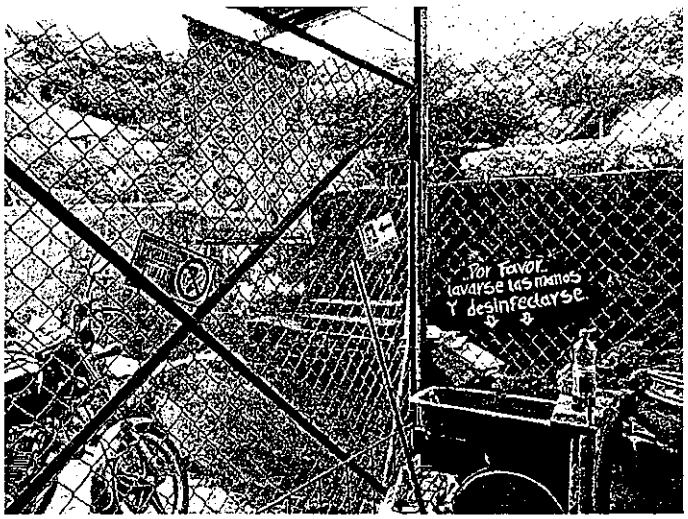
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

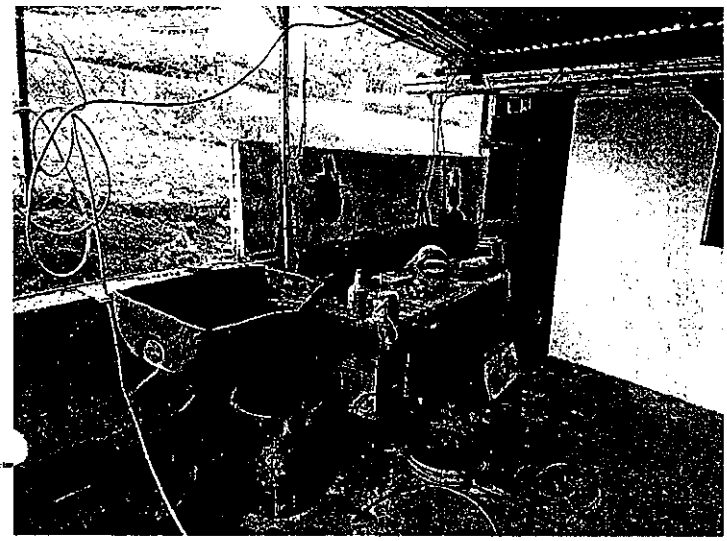
NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

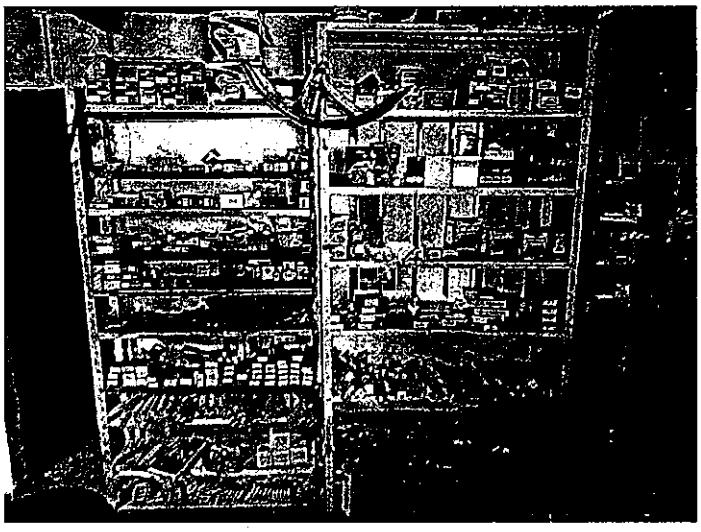
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Hubca A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Hubca. Alejandro Calle	NOMBRE:
CÉDULA: 18533788	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Cartografista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Gabriel monroya	FIRMA:
NOMBRE: Gabriel Antonio monroya M	NOMBRE:
CÉDULA: 7853252	CÉDULA:
INSTITUCIÓN: Taller de motolanaria	INSTITUCIÓN:
CARGO: Propietario	CARGO:

VISITAS AAT, TALLER DE MOTOS LA MARÍA , 20-05-2022









1058

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-68-2022

Fecha de diligenciamiento:	25	05	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 (*): R.C | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Tienda El Buen Precio Dirección: Vda Guamo - Finca La Primavera

Teléfono: 3137504249 Email: — o — NIT:

Representante legal: Luz Aldery Vera C. Identificación: 24414995

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 07 mes 04 Año 2020 Antigüedad: 2 Años

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

II. Jornada laboral:

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

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

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

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

Seguridad social:

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

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

III. Documentación:

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

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

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
Luz Aldery Nava	M X F	24414995	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: Luz Aldery	Nombre:
Identificación: 24414995	Identificación:
Cargo: Propietaria	Cargo:
Teléfono: 3137504249	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 25 mes 05 año 2022	Fecha:	Día	Mes	año
Nombre	Hubert A. Calle A.	Nombre			
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)			

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

1039

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][5] --- D D [2][5]

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

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [1][0] : 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: 1853328 8

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Vera

7 (5) Segundo apellido: Edreveny

8 (6) Primer nombre: Luz

9 (7) Segundo nombre: Aldery

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

11 (3) Número de documento: 24414995

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

13 (9) Masculino [ ] Femenino [ ]

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 Guane

18 (12) Dirección residencia: Finca La Palma Vera

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 3137504249

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 [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [X]

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

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Finca La Palma Vera

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	X	Técnico		Ninguno	
Primaria completa		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		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):** 1

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 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 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

1040

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

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 91

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 157

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 [ ] 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 [ ] 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 [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		Terremoto		Vendaval	X	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	
		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 ☐

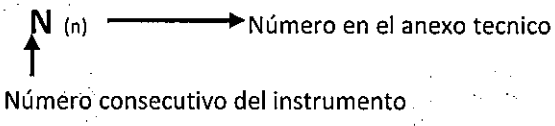
91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde 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		NO	X
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI	X	NO	

Nombre del Encuestado: Luz Alderi Vera

CC: 24414995

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."



1043

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

SECRETARÍA DE SALUD RISARALDA

CIUDAD Apia FECHA 25-05-2022 ACTA N° 66-045-02-RC-68-2022

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

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Secretaria Salud Departamental

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL Luz Aldery Vara

*CÉDULA / NIT 24414995 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN 66045244149995

*NOMBRE COMERCIAL Tienda El Buen Precio

*DIRECCIÓN Vereda Guarne- Finca Privada *MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO Risaralda *MUNICIPIO Apia

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

Otro [ ] Cuál: Guarne

TELÉFONOS 3137504249 FAX — o —

CORREO ELECTRÓNICO — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO Luz Aldery Vara

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento 24414995

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Luz Aldery Vara

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento 24414995

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Vereda Guarne - Finca La Primavera

*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:			

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	Techo Sin cielo raso 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	No Cuenta Con Jabon liquido 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	Algunas Superficies Presenta Polvo C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			0,75	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	Presenta Polvo en algunas Superficies C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9	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 se Evidencia 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	No Cuenta Con Dotación C
3.4	**Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 12; 14.)*	5	2.5	(0)	No Cuenta Con Certificado de Manipulación de Alimentos C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9	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 Clasificación 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	Suciedad en algunas Superficies C

4.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	4	2	(0)	No se Evidencia C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				18,75	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
73,5		FAVORABLE	90-100%
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	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	e

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:
		o

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Debe Mejorar limpieza de Algunas Superficies

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 25 del mes de Mayo del año 2022 en la Ciudad de Aqia.

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.

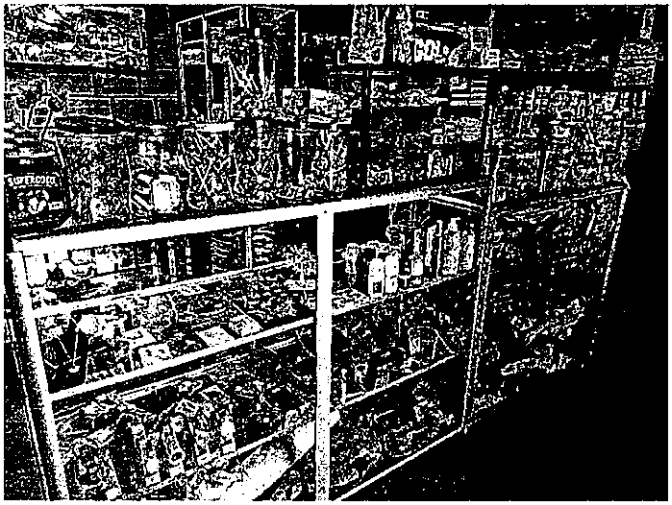
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Aube. A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Aube. Alejandro Calle A	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud	INSTITUCIÓN:

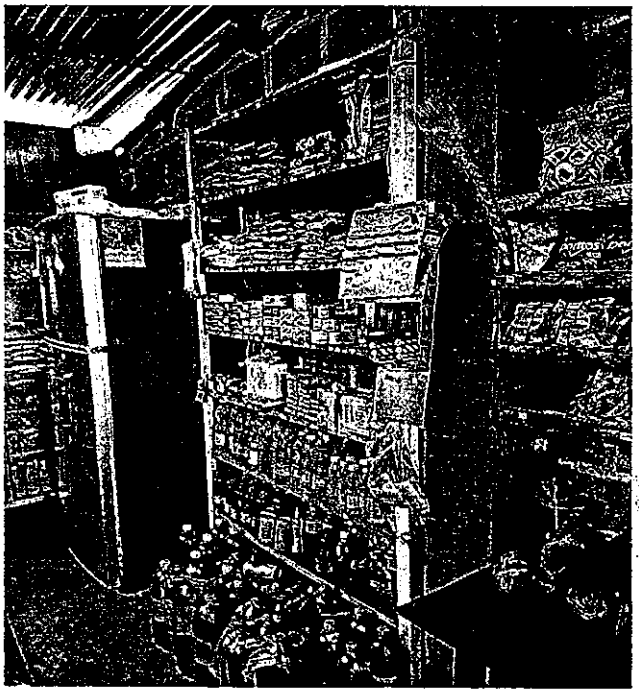
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Luz Alderi Vera	FIRMA:
NOMBRE: Luz Alderi	NOMBRE:
CÉDULA: 24144995	CÉDULA:
CARGO: Propietaria	CARGO:

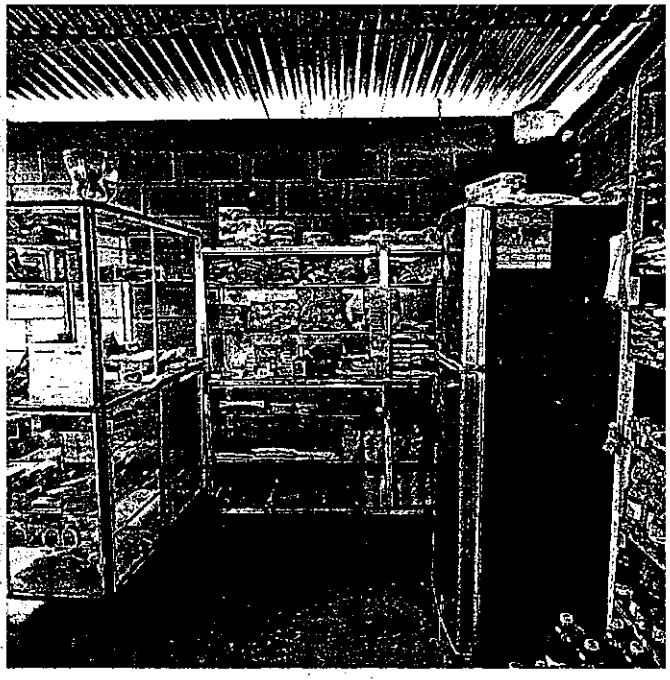
1046

VISITAS AAT, TIENDA EL BUEN PRECIO, 25-05-2022









1047

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-69-2022

Fecha de diligenciamiento: 25 05 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 (*): Aeia | Programa (*): R-C | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Tienda El Calvo | Dirección: Vda Guarne - Finca El Descanso

Teléfono: 3015025050 | Email: agudelocstefania1990@gmail.com | NIT:

Representante legal: Blanca Edilia Agudelo | Identificación: 24414485

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 04 mes 02 Año 2021 | Antigüedad: 1 Años

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

II. Jornada laboral:

Dias de trabajo: X X X X X S D | Horario de trabajo: 7:00 a Am 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 | M 1

Días de reçolección 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: Asmetsalud | ARL S N | Cuál?

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S N	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
Dias de recolección R. especiales:	L M M J V S D	Frecuencia/semanal: 1 2 3 Diaria		
Plan vertimientos CARDER	S X	Especifique: No	Fecha:	d m a
Plan gestión resid. PGIRHS:	S 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
Blanca Edilia Agudelo	M F	24414485	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 especificos:

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:	Blanca edilia Agudelo	Nombre:	
Identificación:	24.414.485	Identificación:	
Cargo:	Promotora	Cargo:	
Teléfono:	3015025050	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 25 mes 05 año 2022	Fecha:	Dia	Mes	año
Nombre	Hubo. A. Calle A.	Nombre			
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)			

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

1048

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 - 05 - 25

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 EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Agudelo

7 (5) Segundo apellido: Aristizabal

8 (6) Primer nombre: Blanca

9 (7) Segundo nombre: Edilia

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

11 (3) Número de documento: 24474485

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1976 - 11 - 05

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 Guanre

18 (12) Dirección residencia: Finca El Descanzo

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 3015025050

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 [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [X]

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

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Finca El Descanzo

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	X	Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		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):** 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			

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 01

(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

1049

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 74

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 [X] NO [ ]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 02

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 02

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 [ ] Muy buena [X] 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	[ ]		

1050

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		Vendaval	X	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	
		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	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		NO	X
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI	X	NO	

Nombre del Encuestado: Blanca Agudelo

CC: 24.414.485

Firma del Encuestador: Yuba A. Callal

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

1052

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

SECRETARÍA DE SALUD RISARALDA

CIUDAD: Apia | FECHA: 25-09-2022 | ACTA N°: 66-045-02-VC-09-2022

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

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaría Salud Departamental

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Blanca Editia Agudelo

*CÉDULA / NIT: 24414485 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045244144 85

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda El Calvo

*DIRECCIÓN: Vereda Guarne | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apia

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

Otro [ ] Cuál: Guarne

TELÉFONOS: 3015025050 | FAX: — o —

CORREO ELECTRÓNICO: agudelosteffany1990@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Blanca Editia Agudelo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 24414485

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Blanca Editia Agudelo

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 24414485

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vda Guarne - Finca El Descanso

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apia

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D. 7AM-9PM | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA 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	Techo sin cielorazo 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	Algunos Productos en el Piso C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			8.25	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	Presenta Polvo en algunas Superficies C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9	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 se Evidencia 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	No Cuentan Con Dotación C
3.4	**Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 12; 14.)*	5	2.5	(0)	No cuenta Con Certificado Manipulación Alimentos C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9	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 clasificación Dar 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	Algunas Superficies de estanterías Presentan Polvo C

4.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	4	2	0	No se Evidencia C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				19,75	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	Presenta Algunos Productos almacenados sin Estivas 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				21	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	
72	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	— o —
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	— o —

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:
		— o —

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

No Cuenta Con certificado Manipulación Alimentos

Mejorar Aseo y limpieza en Superficies

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 25 del mes de Mayo del año 2022 en la Ciudad de Apia.

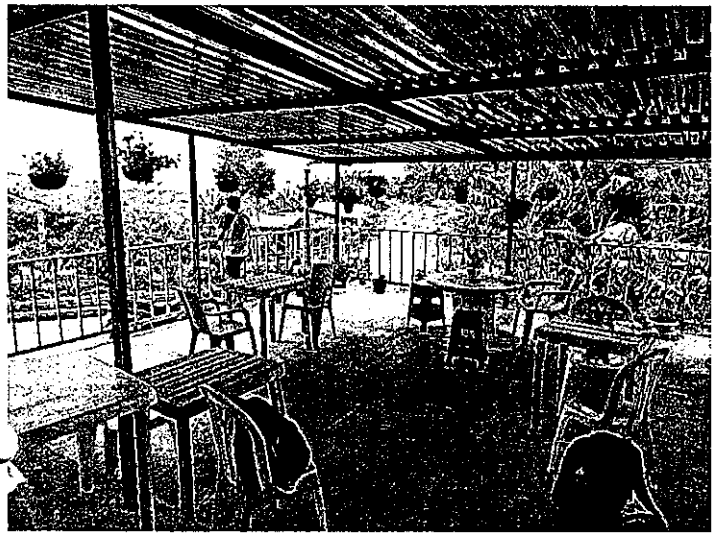
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

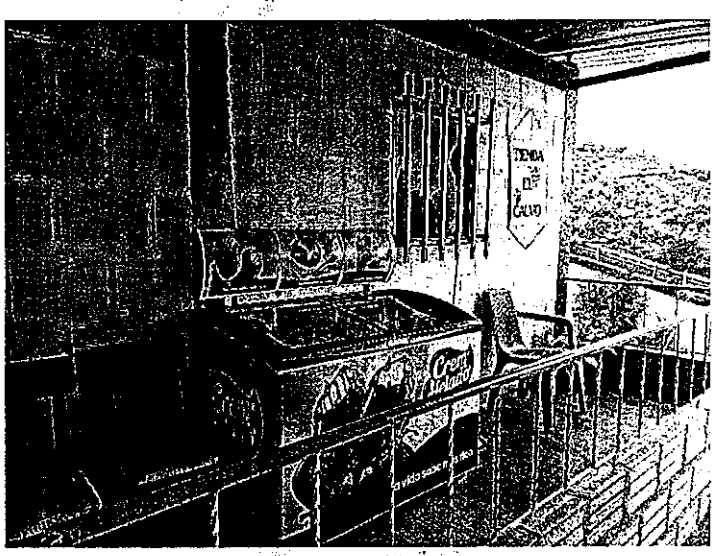
NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

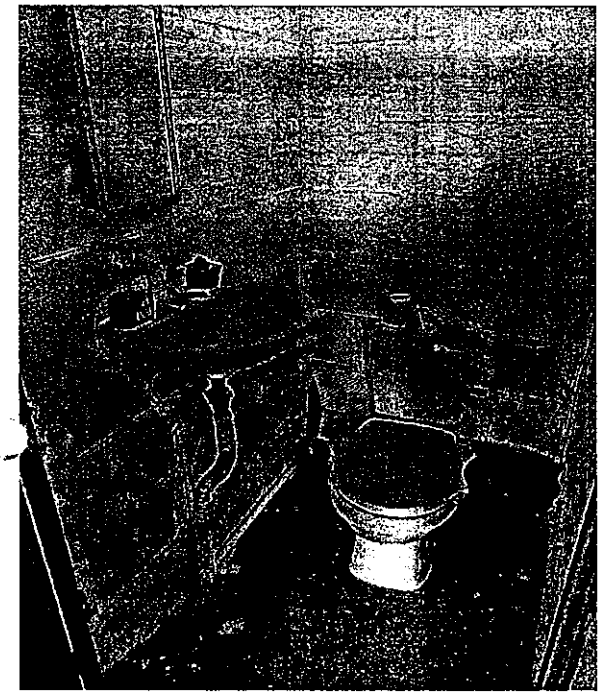
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Hubo. A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Hubo. Alejandro Calle	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud	INSTITUCIÓN:

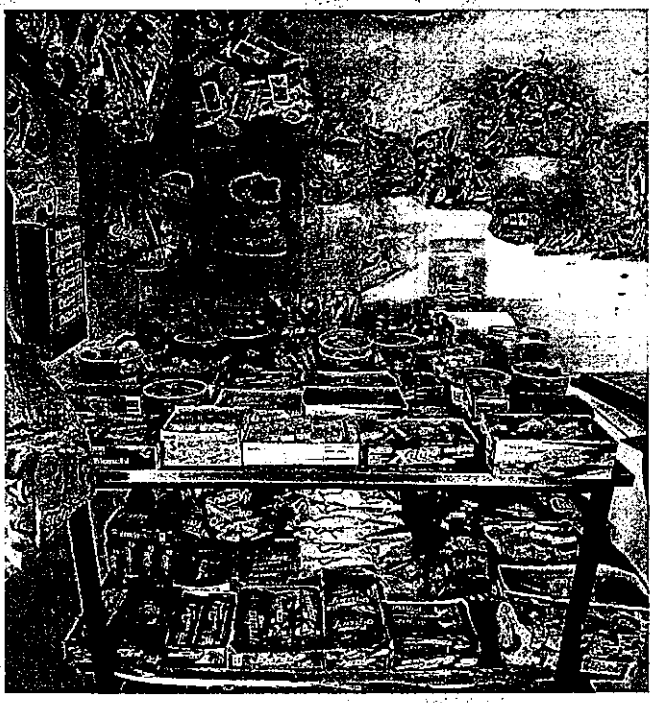
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Blanca A	FIRMA:
NOMBRE: Blanca Agudelo	NOMBRE:
CÉDULA: 24.414.485	CÉDULA:
CARGO: Propietaria	CARGO:

VISITAS AAT, TIENDA EL CALVO, 25-05-2022









1056

	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-70-2022

Fecha de diligenciamiento:	26	05	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 (*): R.C Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Fonda El Voladero Dirección: Vereda El Jazmin Finca La Esperanza

Teléfono: 3188736818 Email: alexpulga0823@gmail.com NIT: 1088536194-2

Representante legal: José Alexander Cadavid Identificación: 1088536194

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 07 mes 04 Año 2018 Antigüedad: 4 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X X X X X S D Horario de trabajo: 8:00 a Am a 10:00 Pm

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

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

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

Seguridad social:

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

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

III. Documentación:

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

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

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
Jose Alexander Cadavid	M X F	1088536194	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: José Alexander Cadavid R	Nombre:
Identificación: 1088536194	Identificación:
Cargo: Propietario	Cargo:
Teléfono: 3188736818	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 26 mes 05 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Huber A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)	

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

1057

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 - 05 - 26

2 Hora de inicio (HH:MM): 07 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): 07 : 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: 1855332888

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Cadavid

7 (5) Segundo apellido: Ramirez

8 (6) Primer nombre: Jose

9 (7) Segundo nombre: Alexander

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

11 (3) Número de documento: 1088536194

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1986 - 04 - 11

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 [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [X]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vereda El Jazmin

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 [ ] No [ ] Número 3188736818

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 [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [X]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Vereda El Jazmin

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Finca La Esperanza

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		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):** 4

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 04

(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

1058

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

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 083

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? (Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.) cm 169

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

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

Cabeza y cuello [ ]
Ojos [ ]
Torax [ ]
Abdomen [ ]
Miembros superiores [ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis [ ]
Manos [ ]
Miembros inferiores [ ]
Pies [ ]
Ubicaciones multiples [ ]
Lesiones generales u otras [ ]
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 [ ]
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios [ ]
Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles [ ]
Medios de transporte [ ]
Materiales o sustancias incluye las radiaciones [ ]
Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales [ ]
NoRegistra Agentes no clasificados [ ]

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

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

1059

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 'guna 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 ☐

86,6 (90)Químico (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		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones	X	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	

1060

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	
(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		NO	X
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI	X	NO	

Nombre del Encuestado: Jesse Alexander Padavid R

CC: 1088536194

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

1061

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

SECRETARÍA DE SALUD
RISARALDA

CIUDAD: Apia | FECHA: 26-05-2022 | ACTA N°: 66-045-02-RC-10-2022

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: Jose Alexander Polgarin

*CÉDULA / NIT: 1088536194 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045108853619422

*NOMBRE COMERCIAL: Fondo El Voladero

*DIRECCIÓN: Vereda El Jazmin | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apia

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

Otro [ ] Cuál: El Jazmin

TELÉFONOS: 3188736818 | FAX: —

CORREO ELECTRÓNICO: alexpulga08239@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Jose Alexander Polgarin

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 1088536194

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Jose Alexander Polgarin

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 1088536194

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda El Jazmin - Finca La Esperanza

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apia

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 8Am-10-Pm | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA 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	Piso irregular, en restado M. 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	Ventana deteriorada, Faltan Vidros 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			8.5	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	Presenta Polvo en algunas Superficies C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9	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 se Evidencia 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	No Cuenta Con Dotación C
3.4	**Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 12; 14.)*	5	2.5	(0)	No Cuenta Con Certificado Manipulación Alimentos C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9	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 clasificación Por código de Colores C
4.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	(8)	[redacted]	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	Algunas superficies Presentan algo de Polvo C

4.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	4	2	0	No se Evidencia C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			19,75	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	Algunos Productos son almacenados sin Estibas 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			21	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 perágrafo 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

III. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
72.25	FAVORABLE	90-100%
	X FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	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	— o —
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	— o —

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:
		— o —

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Elementos Mal Almacenados sin Stivas, debe.
Mejorar limpieza en zonas de estanterias

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 _____ 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: Huber A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Huber Alejandro Calle A	NOMBRE:
CÉDULA: 1085333288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: José Alexander Cadavid R	FIRMA:
NOMBRE: José Alexander Cadavid R	NOMBRE:
CÉDULA: 1088536194	CÉDULA:
CARGO: Propietario	CARGO:

1064

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-22-2022

Fecha de diligenciamiento:	27	05	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 (*): R_C Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Tienda Jardinera Plus Dirección: Vereda Jardinera

Teléfono: 3013548569 Email: — o — NIT:

Representante legal: Albertina Ocampo Osorio Identificación: 24999448

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 20 mes 03 Año 2018 Antigüedad: 4 Años

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

II. Jornada laboral:

Dias de trabajo: D L M M J V S D Horario de trabajo: a 8:00 Am a 7:00 Pm

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

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

Dias 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 Cual?

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S N	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
Dias 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, glucometria, 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
Albertina Ocampo	M X F	24999448	Administradora
	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 especificos:

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

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

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

Nombre: Albertina Ocampo C.	Nombre:
Identificación: 24999448	Identificación:
Cargo: Propietaria	Cargo:
Teléfono: 3011354 8569	Teléfono:

IX: Dias 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	Dia 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: Dia 27 mes 05 año 2022

Nombre Nubia A. Calle A.

Cargo Técnico Operativo T.S.A.

Formato recibido por:

Fecha: Dia Mes año

Nombre

Cargo (*)

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

1065

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): YYYY: 2022 — MM: 05 — DD: 27

2 Hora de inicio (HH:MM): HH: 05 : MM: 00

3 Hora de finalización (HH:MM): HH: 05 : MM: 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 EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Ocampo

7 (5) Segundo apellido: Osorio

8 (6) Primer nombre: Albertina

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 24999448

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): YYYY: 1954 — MM: 12 — DD: 24

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 [X] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vereda Jordania

18 (12) Dirección residencia: Jordania

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 3013548569

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 [ ] Centro poblado [X] Área rural dispersa [ ]

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

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Jordania

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 [ ] 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):** 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	1	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 04

(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

1066

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 [ ][4][5]

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? (Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.) cm [1][6][0]

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

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

- Cabeza y cuello [ ]
- Ojos [ ]
- Torax [ ]
- Abdomen [ ]
- Miembros superiores [ ]
- Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis [ ]
- Manos [ ]
- Miembros inferiores [ ]
- Pies [ ]
- Ubicaciones multiples [ ]
- Lesiones generales u otras [ ]
- 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 [ ]
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios [ ]
- Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles [ ]
- Medios de transporte [ ]
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones [ ]
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales [ ]
- NoRegistra Agentes no clasificados [ ]

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

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

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 [ ]

86,6 (90)Químico (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		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones	X	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	

1068

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	
(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		NO	X
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI		NO	X
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI	X	NO	

Nombre del Encuestado: Albertina Arroyo C.

CC: 24999 1118

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 técnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1069

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

SECRETARÍA DE SALUD
RISARALDA

CIUDAD: Apía | FECHA: 27-05-2022 | ACTA N°: 66-045-02-RC-11-2022

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

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria Salud Departamental

I. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Albertina Ocampo Osorio

*CÉDULA / NIT: 24999448 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045249994448

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda Jardinia Plus

*DIRECCIÓN: Vereda Jardinia | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

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

Otro [ ] Cuál: Jardinia

TELÉFONOS: 3013548509 | FAX: — o —

CORREO ELECTRÓNICO: — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Albertina Ocampo Osorio

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 24999448

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Albertina Ocampo Osorio

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 24999448

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda Jardinia

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 8Am - 7Pm | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

II. CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

III. 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: Visita Vcz

IV. 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

V. 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	Cielorazo en Plastico 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)	No Cuenta Con Instalaciones Sanitarias al Publico 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			6.25	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	Estanteria Con Polvo en la Superficie C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9	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 se Evidencia 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	No Cuenta Con Dotación C
3.4	**Capacitación en manipulación higiénica de alimentos.** *(Resolución 2674 de 2013 Art. 12; 14.)*	5	2.5	(0)	No Cuenta Con Certificado Manipulación de alimentos C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9	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	Agua no tratada 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)	[redacted]	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	Superficies con Polvo C

4.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	4	2	0	No se Evidencia C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			17,25	La calificación del bloque corresponde al 26% 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
71.5	FAVORABLE	90-100%
	X FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	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	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:
		0

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Superficies Con Polvo

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 27 del mes de Mayo 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: Huber A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Huber Alejandro Calle A	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Albertina Reyes Osorio	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 24999418	CÉDULA:
CARGO: Propietaria	CARGO: