1072

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

Versión: 30 | Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental		Número consecutivo	66-045-02-I-RC-72-2022

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 deberá garantizarse la completitud y veracidad de la información aquí considerada.

Municipio (*): Apia | Programa (*): R.C | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Tienda El Porvenir | Dirección: Vereda Sardinia

Teléfono: 3146167922 | Email: — | NIT:

Representante legal: Marta Rueda | Identificación: 24414193

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 09 mes 03 Año 2010 | Antigüedad: 12 Años

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

II. Jornada laboral:

Dias de trabajo: X X X X X X X | Horario de trabajo: a 8:00 Am a 6:00 Pm

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

Número de trabajadores: 1 | Administrativos: 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 X N | EPS: Asmet Salud | 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
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	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
Marta Rueda	M F	24414193	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 específicos:

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

Nombre: Licencia SST S N #

Identificación: Vigia SST: S N

Cargo: COPASST: S N

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

Nombre: + Martha Rueda

Identificación: + 24414193.

Cargo: + Propietaria.

Teléfono: + 3146167922.

Nombre:

Identificación:

Cargo:

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: 1 2 3 4 5 — Dia de la semana: L M M J V — Horario de la visita, reuniones, capacitaciones: Am Pm

Formato diligenciado por:

Fecha: Dia 27 mes 05 año 2022

Nombre: Hubo. 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

1073

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): 2022-05-27

2 Hora de inicio (HH:MM): 03:00

3 Hora de finalización (HH:MM): 03:30

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

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

1) Primer apellido: Perta

7 (5) Segundo apellido: Muñoz

8 (6) Primer nombre: Marta

9 (7) Segundo nombre: Ligia

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

11 (3) Número de documento: 24414193

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1969-05-18

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: Tienda El Porvenir

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 3146167922

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: Tienda El Porvenir

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

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

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

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

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

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

Con nadie		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	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	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 12

(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

1074

- 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 76

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? (Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.) cm 156

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 [ ] NO [X]

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 [ ][5]

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

Trabajo [ ] Hogar [X] 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 '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	

1076

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	☐
(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	☐	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: Martha Puerta

CC: 24644192

Firma del Encuestador: Huber A. Calle A

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

N (n) → Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1077

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-UC-72-2022

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: Marta Puerta

*CÉDULA / NIT: 24414193 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045244114193

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda El Porvenir

*DIRECCIÓN: Vereda Jordania | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

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

Otro [ ] Cuál: Jordania

TELÉFONOS: 3146167922 | FAX: — o —

CORREO ELECTRÓNICO: — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Marta Puerta

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 24414193

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Marta Puerta

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 24414193

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda Jordania - Tienda Porvenir

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 8AM - 6PM | *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	No Cuenta Con 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	Estanteria en Madera en regular Estado C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			3.25	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 Superficies de Contacto 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	Agua regular no se hace Cloración 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	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	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			NO.5	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

III. CONCEPTO SANITARIO

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

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	0
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	0

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si	No	Cuál:
		0

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Debe Mejorar limpieza de superficies
No Posee Cielorazo

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: Martha Puerta	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 24414193	CÉDULA:
CARGO: Propietaria.	CARGO:

1080

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-73-2022

Fecha de diligenciamiento:	27	05	2022	No único de inscripción	66	682			21
					Depto	Mpio	No	Prog	Año

I. Información general:

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

Municipio (*): Apía Programa (*): RC Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Tienda Jordania Dirección: Vereda Jordania

Teléfono: 3217677376 Email: — NIT:

Representante legal: Sandra Milena Palacio clavijo Identificación: 1061369055

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 14 mes 03 Año 2022 Antigüedad: 0 Años

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

II. Jornada laboral:

Dias de trabajo: X X X X X X X Horario de trabajo: 7:00 a Am a 7:00 Pm

Turnos: S X . 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 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	
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 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
Sandra Milena Palacio	M F	1061369055	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 vehiculos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

Ej, Actividad: Transporte de alimentos, Carrozas fúnebres, Recolección de cadaveres, 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: Vigía SST: S N

Cargo: COPASST: S N

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

Nombre: Sandra Milena Palacio — Nombre:

Identificación: 1061369055 — Identificación:

Cargo: Propetario — Cargo:

Teléfono: 3277677376 — Teléfono:

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

Numero 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: — Formato recibido por:

Fecha: Dia 27 mes 05 año 2022 — Fecha: Dia Mes año

Nombre: Huber A. Callal — Nombre

Cargo: Técnico Operativo T.S.A. — Cargo (*)

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

1081

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): 2022-05-27

2 Hora de inicio (HH:MM): 03:00

3 Hora de finalización (HH:MM): 03:30

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

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 19533288

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Palacio

7 (5) Segundo apellido: Clavijo

8 (6) Primer nombre: Sandra

9 (7) Segundo nombre: Milena

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

11 (3) Número de documento: 1061369055

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1987-12-22

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 Jordania

18 (12) Dirección residencia: Vereda 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 3217677376

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 Jordania

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Tienda 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		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa	X	Universitario completa			

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

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

Con nadie		Con otros	X
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):** 2

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

Violencia sociopolitica	1	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 1

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

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

Diurna		Nocturna		Mixta	X	NoRegistra	

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

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

0	1	2	3	4	5	6	X

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

SEGURIDAD SOCIAL

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

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo		Subsidiado	X	Excepción		Especial	

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

1082

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 [ ][6][5]

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

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

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

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

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

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

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

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

1083

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 [ ] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]

Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]

Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [X] 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	

1084

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: Sandra Milena Palacio

CC: 1067369055

Firma del Encuestador: Huber A. Calla A

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

N (n) → Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1085

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

SECRETARÍA DE SALUD
RISARALDA

CIUDAD: Apia | FECHA: 27-05-2022 | ACTA N°: 66-045-02-RC-73-2022

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

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria de Salud Departamental

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Sandra Milena Palacio Clavijo

*CÉDULA / NIT: 1061369055 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045 1061369055

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda Jordania

*DIRECCIÓN: Vereda Jordania | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apia

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

Otro [ ] Cuál: Jordania

TELÉFONOS: 3217677376 | FAX: — o —

CORREO ELECTRÓNICO: — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Sandra Milena Palacio Clavijo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 1061369055

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Sandra Milena Palacio clavijo

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 1061369055

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda Jordania - Tienda Jordania

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apia

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 7Am-7Pm | *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	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 lavamanos ni labar Para lavado. El Piso Presenta suciedad 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			85	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 vitrinas 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 Polvo en parte Superior de refrigerador. 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	El agua de la vereda es de Regular Calidad sin cloro 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 Separación Por 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	Superficies Con Polvo y Encima del refrigerador 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 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
73.75		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.

1087

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:

Superficies con polvo, No hay Separación de residuos Por Código Colores.

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 _____.

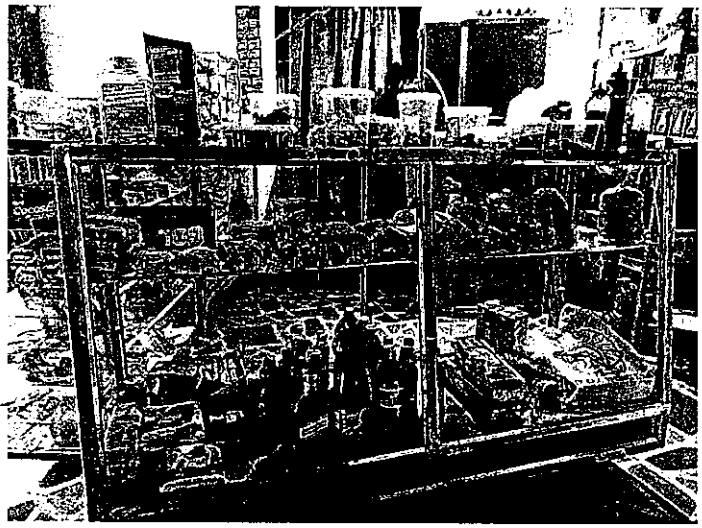
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

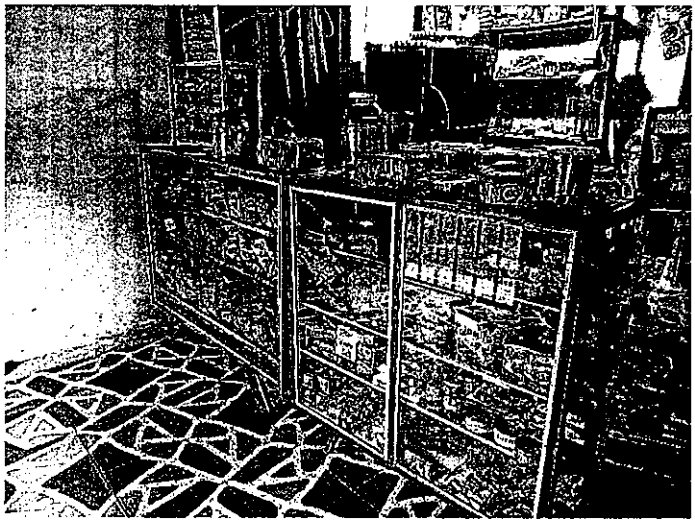
NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

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

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Sandra Milena Palacio	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 1061369055	CÉDULA:
CARGO: Propitario	CARGO:

VISITAS AAT, TIENDA JORDANIA, 27-05-2022









1089

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

Versión: 06 | Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental | Número consecutivo: 66-045-02-II-RC-74-2022

Fecha de diligenciamiento:	27	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 (*): Apía | Programa (*): R.C | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Tienda La Estrella 2 | Dirección: Vereda Baja Estrella

Teléfono: 3105445644 | Email: — o — | NIT:

Representante legal: Narciso Gómez | Identificación: 4349978

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 28 mes 02 Año 2017 | Antigüedad: 5 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X X X X X X D | Horario de trabajo: 6:00 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: | 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:	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
Narciso Gómez	M F	4349978	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, Administracion, 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: Vigía SST: S N

Cargo: COPASST: S N

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

Nombre: * Narciso Gomez

Identificación: * 4349978

Cargo:

Teléfono:

Nombre:

Identificación:

Cargo:

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 Huber A. Callol.

Cargo Técnico Operativo T.S.A.

Formato recibido por:

Fecha: Dia Mes año

Nombre

Cargo (*)

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

1090

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][7]

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: 18533288

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Gómez

7 (5) Segundo apellido: Montoya

8 (6) Primer nombre: Narciso

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 4349978

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1][9][4][9] --- M M [0][1] --- D D [2][4]

13 (9) Masculino [X] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apía

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vereda La Estrella

18 (12) Dirección residencia: La Estrella

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 3105445644

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apía

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 Estrella

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

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [X] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [X] 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):** 4

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 4

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 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 5

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

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

Diurna		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

1091

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 61

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 160

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

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

SI [X] NO [ ]

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

SI [X] NO [ ]

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

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

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

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

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

SI [ ] NO [X]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

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

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

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

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

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

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

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐

Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

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

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

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

El trabajador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

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

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

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

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

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

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

Ruido ☐ Iluminacion ☐ Vibracion ☐ Temperaturas extremas ☐

Radiaciones no ionizantes ☐ Presion atmosferica ☐ Radiaciones ionizantes ☐

Ninguno ☒ NoRegistra ☐

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

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

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

NoRegistra ☐ Ninguno ☒

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

Virus ☒ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickétsias ☐

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 [ ] 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	

1093

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

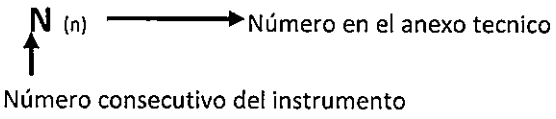
91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde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

Nombre del Encuestado: NICOLAS GOMEZ

CC: 1143849978

Firma del Encuestador: Huber A. Calle A

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



1094

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-74-2022

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

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaría de Salud Departamental

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Narciso Gómez

*CÉDULA / NIT: 4349978 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045434997 8

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda La Estrella 2

*DIRECCIÓN: Vereda La Estrella | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

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

Otro [ ] Cuál: La Estrella

TELÉFONOS: 3105445644 | FAX: — o —

CORREO ELECTRÓNICO: — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Narciso Gómez

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 4349978

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Narciso Gomez

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 4349978

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda La Estrella

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 6Am-7Pm | *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 en Madera con Espacios Separados 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	Se Presenta Polvo En la Estantería C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			8.75	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 área de Exhibición 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 Especifica 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	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)	Se realiza quema de estos residuos 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	Polvo en zona de exhibición y 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			18,5	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	Productos Con Exceso de Polvo en Estantería 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
70,75		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. RELACION 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:

Se Evidencia Polvo en estantería y Productos Exhibidos.

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

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: [illegible]	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 43499778	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

1097

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

Versión : 00 | Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental: | Número consecutivo 66-045-02-IRC-75-2022

Fecha de diligenciamiento: 27 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 (*): Apía | Programa (*): R.C | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Panadería Cafetería Feri x | Dirección: Vereda Baja Estrella

Teléfono: 3042577984 | Email: — - — | NIT:

Representante legal: Cristian David Quinchia | Identificación: 1111762875

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 10 mes 12 Año 2021 | Antigüedad: 0 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X X X X X X X | Horario de trabajo: 5:30 a Am a 8:00 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

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

Seguridad social:

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

Salud S X | EPS: | 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.

Preparación de Alimentos

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

Cloro - Detergente

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

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

Nombre y apellidos	Género	No Identificación	Cargo/funciones
Cristian David Quinchia	M F	1111762875	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:	Vigia SST:	S	N	
Cargo:	COPASST:	S	N	

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

Nombre:	CRISTIAN DAVID QUINCHIA	Nombre:	
Identificación:	1.111.762.875	Identificación:	
Cargo:	PROPIETARIO	Cargo:	
Teléfono:	3042577984	Teléfono:	

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

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

Formato diligenciado por:

		Formato recibido por:			
Fecha:	Día 27 mes 05 año 2022	Fecha:	Día	Mes	año
Nombre	Hubc. A. Calle A.	Nombre			
Cargo	Técnico Operativo T.S. A	Cargo (*)			

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

1098

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][7]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [0][8] : M M [0][0]

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

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

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

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Quinchia

7 (5) Segundo apellido:

8 (6) Primer nombre: Cristian

9 (7) Segundo nombre: David

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

11 (3) Número de documento: 1111762875

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD) Y Y Y Y [1][9][8][8] --- M M [1][0] --- D D [0][7]

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 La Estrella

18 (12) Dirección residencia: Finca La Estrella

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 3042577984

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 Estrella

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

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 [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):** 11

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 11

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

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

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

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

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

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

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

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

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

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

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

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

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

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

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

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 0

(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		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		NO	X

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo		Subsidiado		Excepción		Especial	

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

1099

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

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

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][8]

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

1100

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 [X]

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

Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

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

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

NoRegistra [ ] Ninguno [X]

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

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

Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]

Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [X] 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		Humos	
Gases y vapores		NoRegistra		Ninguno	X		

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	

1101

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		NO	X
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: Cristian David Ordoñez

CC: 1.116.162.875

Firma del Encuestador: Huber A. Calle A.

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

N (n) → Número en el anexo tecnico

↑ Número consecutivo del instrumento

10102

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACION DE ALIMENTOS

SECRETARÍA DE SALUD RISARALDA

CIUDAD: Apía FECHA: 27/05/2022 ACTA N°: 66-045-02-RC-75-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [ ] Cafetería [ ] Panadería [X] Frutería [ ]
Comidas rápidas [ ] Comedores [ ] Cuál:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaría de Salud Departamental

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Cristian David Quintero
*CÉDULA / NIT: 1111762875 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045-1111762875
*NOMBRE COMERCIAL: Panadería Cafetería Eder
*DIRECCIÓN: Vereda Baja Estrella MATRICULA MERCANTIL:
*DEPARTAMENTO: Risaralda *MUNICIPIO: Apía
Barrio [ ] Vereda [X] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]
Otro [ ] Cuál: Baja Estrella
TELÉFONOS: 3042577984 FAX: —
CORREO ELECTRÓNICO: —
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Cristian David Quintero
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 1111762875
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Cristian David Quintero
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 1111762875
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda Baja Estrella
*DEPARTAMENTO: Risaralda *MUNICIPIO: Apía
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 5:30Am-8Pm *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 diseño.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2,3 y 2.6,; Artículo 32, Numerales 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Artículo 33, Numeral 8)*	(2)	1	0	C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)*	2	(1)	0	Las Paredes Presentan Ediles ya que estan en Madera MUY Separadas C
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)*	(2)	1	0	C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Artículo 32, Numeral 9 y 11.)*	(4)	2	0	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	**Condiciones de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)*	5	(2.5)	0	Se Encuentra Estante con Oxido C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)*	(7)	3.5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			9.5	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.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	(7)	3.5	0	C

3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	2	1	0	No se Evidencia C
3.3	**Prácticas higiénicas.** (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	7	3.5	0	No hay uso de Cofia ni tapabocas C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	4	2	0	No cuenta Con Certificado de Manipulación de Alimentos C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			10.5	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta

4	REQUISITOS HIGIENICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Control de materias primas e insumos.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5 ; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	5	2.5	0	C
4.2	**Prevención de la contaminación cruzada.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)*	9		0	C
4.3	**Manejo de temperaturas.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)*	7	3.5	0	C
4.4	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)*	4	2	0	NA C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			25	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS

5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	(7)	3.5	0	C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	(4)	2	0	C
5.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)*	(4)	2	0	C
5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	(9)		0	C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)*	7	(3.5)	0	Bandejas Con exceso de residuo C
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	(2)	1	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			29.5	La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
83.5	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	—
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	—

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si	No	Cuál:
		—

1104

Por parte de la autoridad sanitaria:
Paredes de Madera Con Especias My amplios
Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

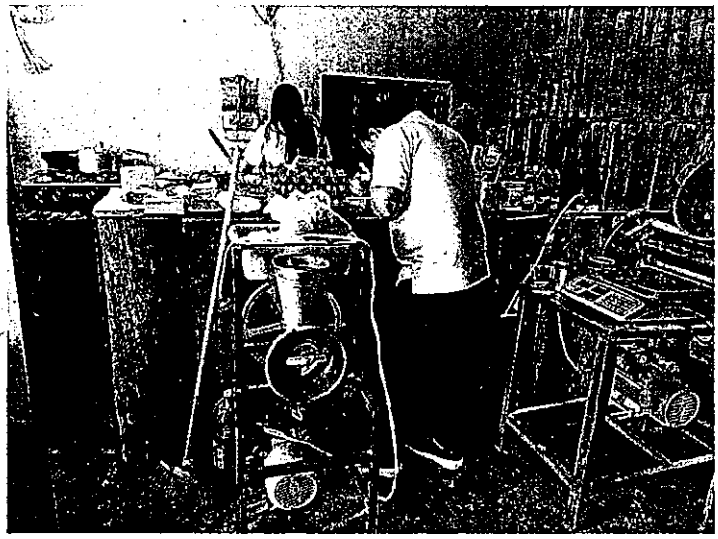
Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 27 del mes de Mayo del año 2022 en la Ciudad de Ipiales.

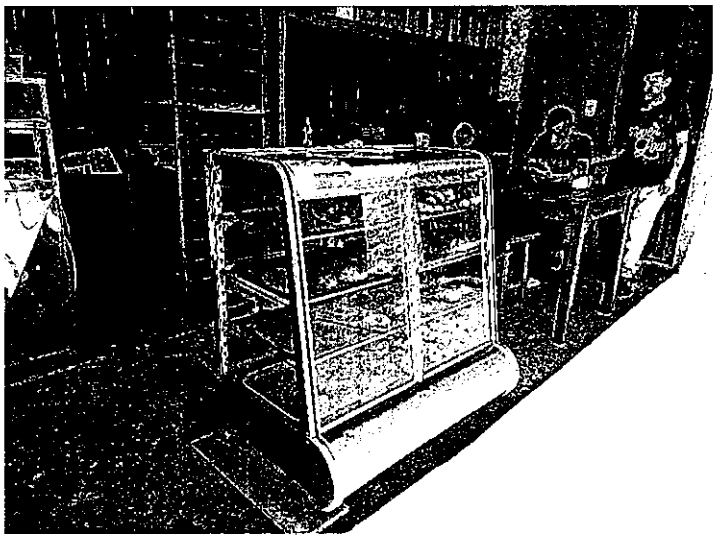
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

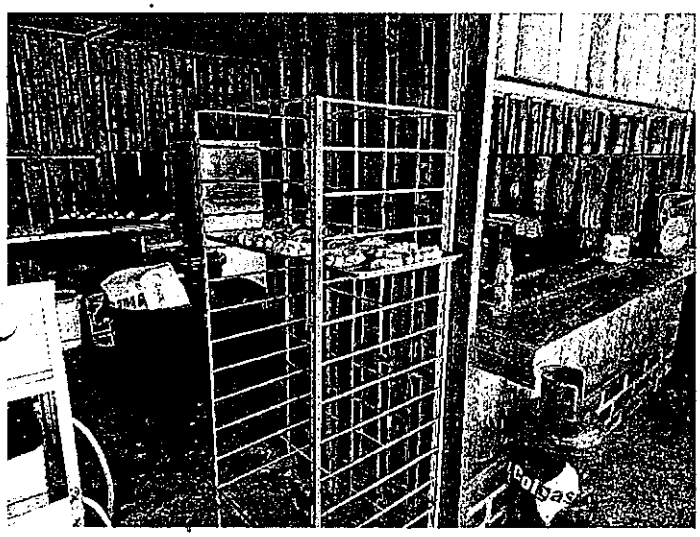
NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

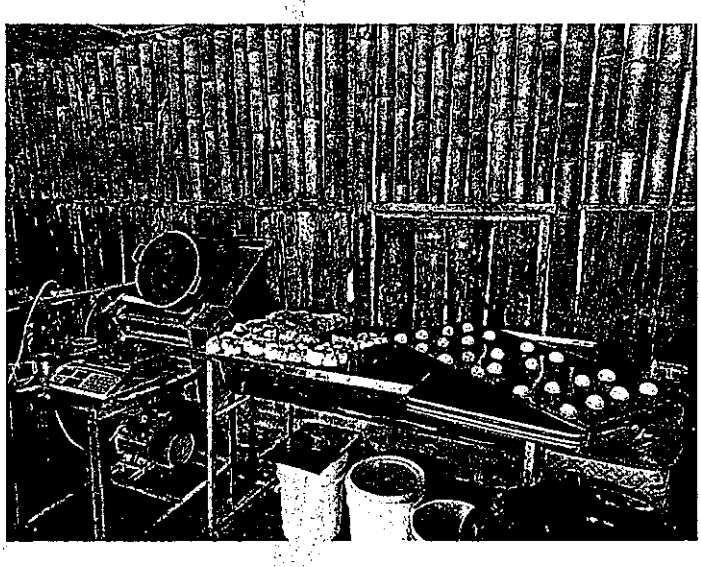
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Hubert A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Hubert Alejandro Calle A.	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:	
FIRMA: Cristian David Quinchia	FIRMA:
NOMBRE: CRISTIAN DAVID QUINCHIA	NOMBRE:
CÉDULA: 1.111.762.875	CÉDULA:
CARGO: PROPIETARIO	CARGO:

VISITAS AAT, PANADERÍA CAFETERÍA FENIX , 27-05-2022









1106

	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	GS-043-02-I-RC-76-2022

Fecha de diligenciamiento:	31	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 (*): R.C Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Tienda La Esperanza Dirección: Vereda La Cadeba.9

Teléfono: 3207004429 Email: — o — NIT:

Representante legal: Gladis Yepes Identificación: 24414383

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 04 mes 11 Año 2021 Antigüedad: 0 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 D Horario de trabajo: 8:00 a Am a 8:00 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: Cafasalco ARL S X Cuál?

III. Documentación:

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

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

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	Género	No Identificación	Cargo/funciones
Gladis Yepes	M X F	24474383	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 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: Gladis Yepes	Nombre:
Identificación: 24474383	Identificación:
Cargo: Propietario	Cargo:
Teléfono: 3207004429	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 31 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

1107

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

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

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

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2022] --- M M [05] --- D D [31]

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

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [05] : M M [30]

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

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

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Yepes

7 (5) Segundo apellido: Patiño

8 (6) Primer nombre: Maria

9 (7) Segundo nombre: Gladis

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

11 (3) Número de documento: 24414383

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1975] --- M M [10] --- D D [15]

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 La Candelaria

18 (12) Dirección residencia: Vereda La Candelaria

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 3207004429

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 Candelaria

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

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 [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):** 11

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 11

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 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

1708

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

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 65

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

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

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

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	[ ]	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	[ ]		

1109

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 [ ] 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	

1110

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

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

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

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

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

- Tapabocas ☐
- Mascarillas autofiltrantes ☐
- Mascaras para gases ☐
- Mascaras para vapores ☐
- Ninguno ☐
- NoRegistra ☐

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

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

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

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

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

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

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

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

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI ☒ NO ☐

93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☐ NO ☒

94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☐ NO ☒

95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☐ NO ☒

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☒ NO ☐

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI ☐ NO ☒

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina) SI ☐ NO ☒

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? SI ☐ NO ☒

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? SI ☐ NO ☒

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

Nombre del Encuestado: Gladis Lopez

CC: 24474383

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

1111

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

SECRETARÍA DE SALUD
RISARALDA

CIUDAD Apia FECHA 31/05/2022 ACTA N° 66-045-02-RC-76-2022

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 Gladiz Yepes

*CÉDULA / NIT 24414383 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN 66045244414383

*NOMBRE COMERCIAL Tienda La Esperanza

*DIRECCIÓN Vereda La Candelaria MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO Risaralda *MUNICIPIO Apia

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

Otro [ ] Cuál: La Candelaria

TELÉFONOS 3207004429 FAX — o —

CORREO ELECTRÓNICO — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO Gladiz Yepes

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento 24414383

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Gladiz Yepes

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento 24414383

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Vereda La Candelaria

*DEPARTAMENTO Risaralda *MUNICIPIO Apia

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO L-D 8Am-8Pm *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

1. 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, Paredes con Maya. 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)	No cuenta Con Instalaciones Sanitarias Para Clientes 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	Vitrina Con Vidrios Mas Pequeños que la misma, Con Abertura. 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	Polvo En Superficies C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			6	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 Dotacion 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 se clasifica 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	Polvo 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 Evidencian 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	Vitrina Con Bloqueados y Productos Fritos. Empacados Regas Rotas 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	
66		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%	

1113

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	—
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	—

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si	No	Cuál:
	✓	—

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Paredes en Mayo, No Cuenta Con Extintor, Vitrina Con orificios.

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

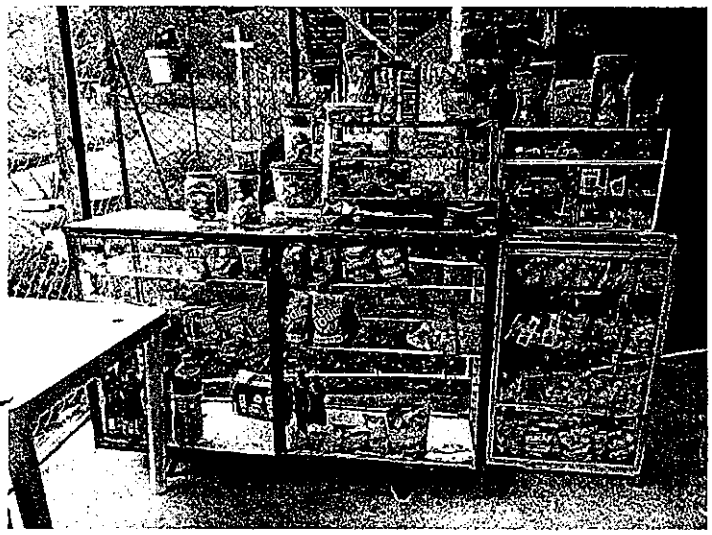
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

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.

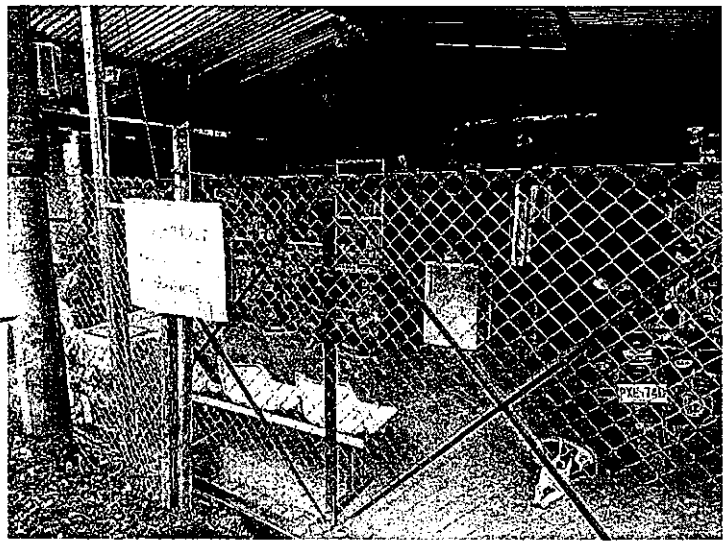
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Hubo A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Huber A. Calle A	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Gladis Yepes	FIRMA:
NOMBRE: Gladis	NOMBRE:
CÉDULA: 24474383	CÉDULA:
CARGO: Propietaria	CARGO:

VISITAS AAT, TIENDA LA ESPERANZA, 31-05-2022









1115

	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-77-2022

Fecha de diligenciamiento:	31	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 (*): R.C | Zona (*): Rural

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

Teléfono: 3108511197 | Email: — - — | NIT:

Representante legal: Rosalba Corrales | Identificación: 24412345

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

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X X X X X X X | Horario de trabajo: 8:00 a Am a 8:00 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: Comfamar | 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
Rosalba Corrales	M F	24412345	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:		Vigia SST:	S N
Cargo:		COPASST:	S N

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

Nombre:	Rosalba Corrales C.	Nombre:	
Identificación:	24492345	Identificación:	
Cargo:	propietaria	Cargo:	
Teléfono:		Teléfono:	

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

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

Formato diligenciado por:		Formato recibido por:			
Fecha:	Día 31 mes 05 año 2022	Fecha:	Dia	Mes	año
Nombre	Hober A. Calla A.	Nombre			
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)			

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

1116

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 - 31

2 Hora de inicio (HH:MM): 01 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): 01 : 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: Corrales

7 (5) Segundo apellido: Corrales

8 (6) Primer nombre: Rosalba

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 24412345

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1963 - 01 - 16

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 La Farallona

18 (12) Dirección residencia: Finca La Farallona

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 3108511197

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 Farallona

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

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 [ ] No [X]

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

Con nadie	X	Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

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

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

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

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

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

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

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

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

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

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

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

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

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

Propia	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 1

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

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

Diurna		Nocturna		Mixta	X	NoRegistra	

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

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

0	1	2	3	4	5	6	X

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

SEGURIDAD SOCIAL

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

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo	X	Subsidiado		Excepción		Especial	

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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

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 50

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? (Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.) cm 160

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 [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	[ ]		

1118

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	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	

1119

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	☐	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	☐	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: Rosa Nba Corrales

CC: 24447 2345

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

1120

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

SECRETARÍA DE SALUD
RISARALDA

CIUDAD: Aguia | FECHA: 31/05/2022 | ACTA N°: 66-045-02-RC-77-2022

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: Rosalba Corrales

*CÉDULA / NIT: 24412345 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045 24412345

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda La Farallana

*DIRECCIÓN: Vereda La Farallana | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Aguia

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

Otro [ ] Cuál: La Farallana

TELÉFONOS: 3108571197 | FAX: — o —

CORREO ELECTRÓNICO: — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Rosalba Corrales

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 24412345

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Rosalba Corrales

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 24412345

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda La Farallana Tienda Farallana

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Aguia

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 8am-8pm | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	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	No Presenta toallas ni jabon antibacterial 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 superficie de vitrinas 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 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	No se clara el agua. 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 ni Separación, además se quema 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	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				16	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	
72.5		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%	

1122

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:

Superficies con polvo, no cuenta con extintor

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

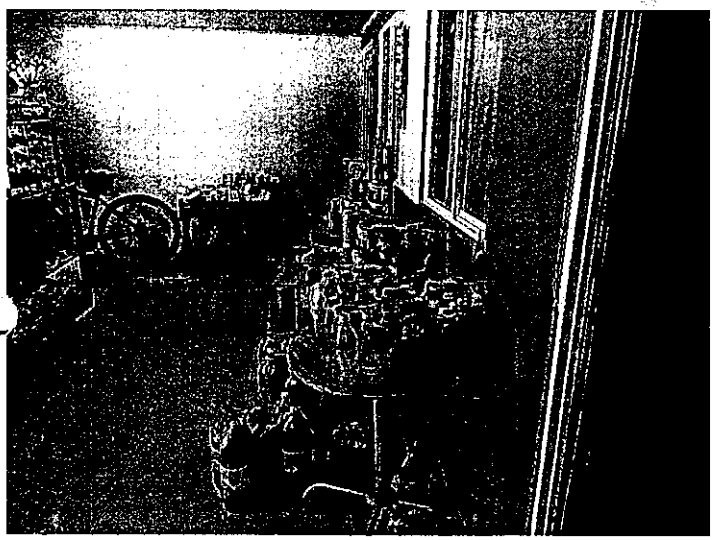
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

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. L. Calle L.	FIRMA:
NOMBRE: Hubo. Alejandro Calle L.	NOMBRE:
CÉDULA: 18533188	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:

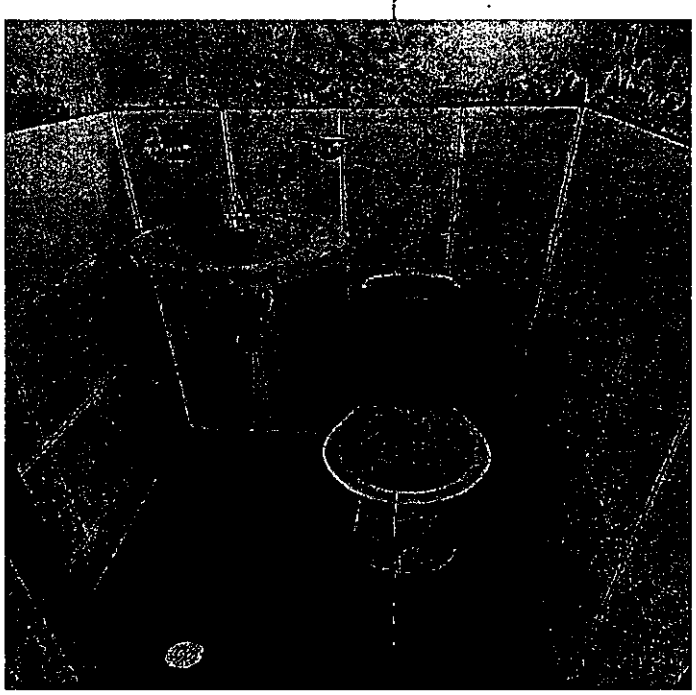
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Rosalba Corrales C.	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA: 24472345	CÉDULA:
CARGO: propietaria	CARGO:

VISITAS AAT, TIENDA LA FARALLONA, 31-05-2022









1124

	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-RC-78-2022

Fecha de diligenciamiento:	31	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 y Billares La Candelaria Dirección: Vereda La Candelaria

Teléfono: 320 687 0446 Email: — - — NIT:

Representante legal: Maria Estela Vargas Identificación: 24414 327

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 28 mes 04 Año 2012 Antigüedad: 10 Años

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

II. Jornada laboral:

Dias de trabajo: L M M J 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 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: Asmet Salud ARL S X 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.

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
Maria Estela Vargas	M X F	24414327	Administrador
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

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

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

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

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

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

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

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

Nombre:	Estella Vargas	Nombre:	
Identificación:	24414327	Identificación:	
Cargo:		Cargo:	
Teléfono:	3206876416	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:		Formato recibido por:	
Fecha:	Dia 31 mes 05 año 2022	Fecha:	Dia Mes año
Nombre	Hubert Calle A	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo TS_A.	Cargo (*)	

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

1125

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 [3][1]

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

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

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

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

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Vargas

7 (5) Segundo apellido: Perez

8 (6) Primer nombre: Maria

9 (7) Segundo nombre: Estela

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

11 (3) Número de documento: 24814327

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1][9][6][6] ---- M M [0][2] ---- D D [2][6]

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 La Caldera

18 (12) Dirección residencia: Finca La Esperanza

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

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3206876446

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 Caldera

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 [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):** 1

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

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

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

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

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

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

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

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

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

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

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

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

Propia		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 10

(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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

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

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

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

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

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

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

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 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 [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

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

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

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

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

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

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

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

CONDICION DE SALUD

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

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

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

SI [X] NO [ ]

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

SI [X] NO [ ]

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

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

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

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

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

SI [ ] NO [X]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

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

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

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

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

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

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

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

Ninguno [X] NoRegistra [ ]

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

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

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

NoRegistra [ ] Ninguno [X]

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

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

Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]

Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

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

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

Ninguno [X]

NoRegistra [ ]

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

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] 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	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	

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

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

Ninguno	☐
NoRegistra	☐

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

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

Ninguno	☐
NoRegistra	☐

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

Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐

Ninguno	☐
NoRegistra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐

Ninguno	☐
NoRegistro	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestatico	☐
Botas de caucho	☐		

Ninguno	☐
NoRegistra	☐

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

Eslinga	☐	Cinturon de seguridad	☐
Linea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐

Ninguno	☐
NoRegistro	☐

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

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

Ninguno	☐
NoRegistra	☐

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

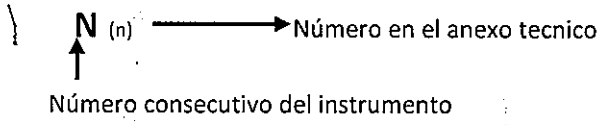
91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO ☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO ☐
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde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

CC: 24474327

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."



1129

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

SECRETARÍA DE SALUD RISARALDA

CIUDAD: Apía | FECHA: 31-05-2022 | ACTA N°: 66-045-02-RC-78-2022

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

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaría de Salud Departamental

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Maria Estela Vargas

*CÉDULA / NIT: 24414327 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045244144327

*NOMBRE COMERCIAL: Billares La Candelaria

*DIRECCIÓN: Vereda La Candelaria | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

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

Otro [ ] Cuál: La Candelaria

TELÉFONOS: 3206876446 | FAX: — o —

CORREO ELECTRÓNICO: — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Maria Estela Vargas

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 24414327

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Maria Estela Vargas

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 24414327

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda La Candelaria

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 7Am-7Pm | *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	Esta en Modificación del Establecimiento C
1.2	**Condiciones de pisos, paredes y drenajes.** *(Resolución 2674/2013, Articulo 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	Pared en Estetica, que se encuentra Intervenir C
1.3	**Techos, puertas, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Articulo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Art. 31 Numeral 1, 2.)*	1.5	(0.75)	0	Techo en guadua y Zinc con Cielorraso C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Articulo 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			7.5	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, Articulo 8; Articulo 9, Numerales 1, 2, 3, 4, 7, 9 y 10; Articulo 34. Articulo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	6	(3)	0	Presenta Polvo en la estanteria 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	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			12	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta
4	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
4.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 92. Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	(5)	2.5	0	C
4.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4,)*	(2.5)	1.25	0	C
4.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3)*	2.5	(1.25)	0	No hay clasificación por 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	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	
81.25		FAVORABLE	90-100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%	
		DESFAVORABLE	< 59,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	0
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	0

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si	No	Cuál:
		0

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Se Encuentra en Remodelación, Mejorar Limpieza de 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 31 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: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:	
FIRMA: x Estrella Vargas	FIRMA:
NOMBRE: x	NOMBRE:
CÉDULA: x 2HH1H327	CÉDULA:
CARGO: x Propietaria	CARGO:

1132

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-RC-79-2022

Fecha de diligenciamiento:	01	06	2022	No único de inscripción	66	682			21
					Depto	Mpio	No	Prog	Año

I. Información general:

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

Municipio (*): Apia | Programa (*): R.C | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: La Fonda | Dirección: Vereda El Jazmin

Teléfono: 3225432934 | Email: — | NIT:

Representante legal: Claudia Elena Maria | Identificación: 43839780

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 30 mes 05 Año 2021 | Antigüedad: 1 Años

Concepto sanitario: S X 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 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
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 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.

Clara - 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
Claudia Elena Marin	M F	43839780	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 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: Claudia E Marin E	Nombre:
Identificación: 43839780	Identificación:
Cargo: propetaria	Cargo:
Teléfono: 3225432934	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	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:		Formato recibido por:			
Fecha:	Día 01 mes 06 año 2022	Fecha:	Día	Mes	año
Nombre	Hubert A. Calle A.	Nombre			
Cargo	Técnico Operativo T.S.A. Cartagena	Cargo (*)			

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

v2,0 10/08/13

7133

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): 2022-06-01

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

3 Hora de finalización (HH:MM): 09:30

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

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

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Marín

7 (5) Segundo apellido: Echeverry

8 (6) Primer nombre: Claudia

9 (7) Segundo nombre: Elena

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

11 (3) Número de documento: 43839780

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1978-07-01

13 (9) Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apía

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vereda El Jazmín

18 (12) Dirección residencia: Finca El Progreso

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 3225432934

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apía

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 Jazmín

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

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

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

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

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

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

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

Con nadie	X	Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 3

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

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

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

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

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

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

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS 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 1

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

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

Diurna		Nocturna		Mixta	X	NoRegistra	

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

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

0	1	2	3	4	5	6	X

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

SEGURIDAD SOCIAL

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

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo		Subsidiado	X	Excepción		Especial	

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

1134

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 66

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 156

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

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

SI [ ] NO [X]

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

SI [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 [2][0]

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

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

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

SI [ ] NO [X]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

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

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

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

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

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

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

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐

Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

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

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

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

El trabajador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

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

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

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

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

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

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

Ruidq ☐ 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 [ ] 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	

1136

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 ☐

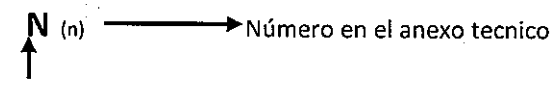
91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	☐	NO	X
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde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

Nombre del Encuestado: Claudia E Mar.M E

CC: 1138397780

Firma del Encuestador: Hubert A. Calla A.

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



1137

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

SECRETARÍA DE SALUD
RISARALDA

CIUDAD: Apía | FECHA: 01-06-2022 | ACTA N°: 66-045-02-RC-79-2022

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: Claudia Elena Marín

*CÉDULA / NIT: 43839780 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045438397800

*NOMBRE COMERCIAL: La Fonda

*DIRECCIÓN: Vereda El Jazmín | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

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

Otro [ ] Cuál: El Jazmín

TELÉFONOS: 3225432934 | FAX:

CORREO ELECTRÓNICO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Claudia Elena Marín

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 43839780

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Claudia Elena Marín

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 43839780

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda El Jazmín - Finca El Progreso

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 7AM-7PM | *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	Puerta entrega Sin Protección 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 Servicio Inodoro, Solo Orinal y lavamanos. 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			7.5	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	Nevera Presenta Oxido en Puerta 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			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	Agua de nacimiento Rocio, 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	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	C

4.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	4	2	0	No se Evidencian C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				20.25	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	ZG 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
76		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.

1139

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:

Mejorar Protección Puerta en reja Para Ingreso de Plagas

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 01 del mes de 06 del año 2022 en la Ciudad de Aipe.

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

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

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

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Claudia E Marin E	FIRMA:
NOMBRE: Claudia E Marin E	NOMBRE:
CÉDULA: 43839780	CÉDULA:
CARGO: propetaria	CARGO:

1140

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

Programa Salud ambiental		Número consecutivo	66-045-02-IRC-80-2022

Fecha de diligenciamiento:	01	06	2022	No único de inscripción	66	682			21
					Depto	Mpio	No	Prog	Año

I. Información general:

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

Municipio (*): Apía Programa (*): R.C Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Fonda El Jazmín Dirección: Vereda El Jazmín

Teléfono: 3125559581 Email: — o — NIT:

Representante legal: Amanda María Mora Isaza Identificación: 42676734

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 29 mes 05 Año 2014 Antigüedad: 8 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X X X X X X D Horario de trabajo: 6:00 a Am a 9:00 Pm

Turnos S X Especificar. Dia 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. Nueva EPS ARL S X 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
Amanda María Mora I	M F	42676336	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 vehiculos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

Ej, Actividad: Transporte de alimentos, Carrozas fúnebres, Recolección de cadaveres, 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: Amanda María Mora S	Nombre:
Identificación: 42676334	Identificación:
Cargo: propetaria	Cargo:
Teléfono: 3125659581	Teléfono:

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

Numero 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 01 mes 06 año 2022

Nombre Hubc. 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

v2.0 10/08/13

1141

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

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

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

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 2022 — M M: 06 — D D: 01

2 Hora de inicio (HH:MM): H H: 01 : M M: 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H: 01 : M M: 30

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

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1853328

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6) Primer apellido: Mora

7 (5) Segundo apellido: Isaza

8 (6) Primer nombre: Amanda

9 (7) Segundo nombre: María

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

11 (3) Número de documento: 42676334

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 1954 — M M: 09 — D D: 19

13 (9) Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apía

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vereda El Jazmín

18 (12) Dirección residencia: Finca El Jazmín

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 3125559581

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apía

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 Jazmín

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

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 [ ] 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 08

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

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

Diurna		Nocturna		Mixta	X	NoRegistra	

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

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

Dias	0	1	2	3	4	5	6	X

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

SEGURIDAD SOCIAL

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

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo	X	Subsidiado		Excepción		Especial	

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

1142

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

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

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

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

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

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg [ ][6][1]

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

(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 [ ] 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 ☐ 1145

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 ☐

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	

1144

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 ☐

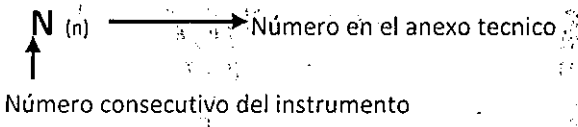
91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	☐	NO	X
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	☐	NO	X
(103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde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

Nombre del Encuestado: Amanda Alarcon Alzate

CC: 42676334

Firma del Encuestador: Hobe A. Calle A.

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



1145

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

SECRETARÍA DE SALUD RISARALDA

CIUDAD: Apía | FECHA: 01/06/2022 | ACTA N°: 66-045-02-RC-80-2022

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: Amanda María Mora

*CÉDULA / NIT: 42676334 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045426763334

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda El Jazmín

*DIRECCIÓN: Vereda El Jazmín | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

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

Otro [ ] Cuál: El Jazmín

TELÉFONOS: 3125559581 | FAX: — — —

CORREO ELECTRÓNICO: — o —

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Amanda María Mora

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 42676334

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Amanda María Mora

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 42676334

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda El Jazmín - Tienda el Jazmín

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D - 6Am-9Pm | *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	Cielorraso en regular Estado 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			9,25	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	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

1146

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 Dotacion 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	Agua Dispensada 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	No hay clasificacion Por codigo de Colores C
4.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	(8)		0	C
4.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1.)*	(6)	3	0	C

4.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	4	2	(0)	No se Evidencia C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			20.25	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
80.5	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:

No hay Procesos de Segregación de Residuos Sólidos

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 01 del mes de Junio del año 2022 en la Ciudad de Apía.

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. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Hubar Alejandro Calle	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: * Amanda María Mora J	FIRMA:
NOMBRE: *	NOMBRE:
CÉDULA: * 42 676334	CÉDULA:
CARGO: * propetaria	CARGO:

1148

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

Versión : 00 | Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental: | Número consecutivo 66-045-02-IRC-81-2022

Fecha de diligenciamiento:	01	06	2022	No único de inscripción	66 Depto	682 Mpio	No	Prog	21 Año

I. Información general:

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

Municipio (*): Apía | Programa (*): R.C | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Tienda El Recuerdo | Dirección: Vereda El Jazmín

Teléfono: 3118790337 | Email: — - — | NIT:

Representante legal: Helmer de Jesus Parra | Identificación: 18531688

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 13 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 X X X X X X | Horario de trabajo: 7:00 a Am a 7:00 Pm

Turnos: S X | Especificar. Dia 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 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 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
Helmer Parra	M F	18531688	Administrador
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

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

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

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

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

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

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

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

Nombre:	Elmer de J. Parra	Nombre:	
Identificación:	18531688	Identificación:	
Cargo:	Propetario	Cargo:	
Teléfono:	3118790337	Teléfono:	

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

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

Formato diligenciado por:

Fecha:	Día 01 mes 06 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hubo A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo Tec. A. Contratista	Cargo (*)	

Formato recibido por:

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

1149

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 - 06 - 01

2 Hora de inicio (HH:MM): 04 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): 04 : 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: Parra

7 (5) Segundo apellido: Quicano

8 (6) Primer nombre: Heluer

9 (7) Segundo nombre: De Jesus

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

11 (3) Número de documento: 18531688

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1972 - 09 - 01

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 Lazuli

18 (12) Dirección residencia: Finca El Recuerdo

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 3118790337

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 Lazuli

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

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

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

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

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

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

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

Con nadie	X	Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 6

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 2

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

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

Diurna		Nocturna		Mixta	X	NoRegistra	

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

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

0	1	2	3	4	5	6
						X

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

SEGURIDAD SOCIAL

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

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo		Subsidiado	X	Excepción		Especial	

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

1150

• Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

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

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

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

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

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

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

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 172

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 [ ]

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 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 [ ] 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	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	

1152

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Encuestado: X

CC: 1053168...

Firma del Encuestador: Nubia A. Calle A

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

N (n) → Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1153

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

SECRETARÍA DE SALUD RISARALDA

CIUDAD: Aguita | FECHA: 01-06-2022 | ACTA N°: 66-045-02-RC-01-2022

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: Heluer de Jesus Parra

*CÉDULA / NIT: 18531688 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66045185316889

*NOMBRE COMERCIAL: Tienda El Recuerdo

*DIRECCIÓN: Vereda El Jazmin | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Aguita

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

Otro [ ] Cuál: El Jazmin

TELÉFONOS: 3118790337 | FAX: —

CORREO ELECTRÓNICO: —

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Heluer de Jesus Parra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 18531688

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Heluer de Jesus Parra

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 18531688

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda El Jazmin

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Aguita

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 7Am-7Pm | *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 y deteriorado 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			9,25	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 Estantería 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	Nacimiento Propio sin Cloración 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	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			20,25	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	Presenta desorden en algunos Estantes 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	
73,5		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%	

1155

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 Procesos de limpieza

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 01 del mes de Junio del año 2022 en la Ciudad de Acia.

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

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Elmer del. Ram	NOMBRE:
CÉDULA: 18531688	CÉDULA:
CARGO: Propietario	CARGO:

1156

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

Versión: 00 | Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental: | Número consecutivo: 66-045-02-I-EE-82-2022

Fecha de diligenciamiento:	02	06	2022	No único de inscripción	66	682			21
					Depto	Mpio	No	Prog	Año

I. Información general:

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

Municipio (*): Apia Programa (*): EE Zona (*): Urbana

Nombre del establecimiento: Hotel Junior Plaza Dirección: Carrera 8 # 9-05

Teléfono: 3113909574 Email: juniorplazahotel@gmail.com NIT: 24412132-1

Representante legal: Luz Estela Aguirre Garcia Identificación: 24412132

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 12 mes 12 Año 2009 Antigüedad: 13 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: 6:00a Am a Pm

Turnos X N Especificar. Día X N Noche: X N Horario 7:00a Am a 7:00 Pm

Número de trabajadores: 3 Administrativos: 3 Operarios: H 0 M 3

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

Seguridad social:

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

Salud S N EPS: Asmet Salud Nueva EPS ARL X N Cuál? Positiva

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S	N	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Cámara de comercio:	X	N	Especifique:	No 17793001	Fecha:	03 03 2022
Certificado de Bomberos:	X	N	Especifique:	No 24412132	Fecha:	19 02 2022
Certificado de fumigación:	X	N	Especifique:	No 24412132	Fecha:	01 02 2022
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.

Servicio de Alojamiento - Hospedaje Transitorio

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

Cloro - Petroquark

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
Vanesa Barrera Parado	M F	1088538751	Servicios Generales
Kelly Dahiana Loaiza	M F	1004688586	Servicios Generales
Erica Dahiana Piedrahita	M F	1088536008	Servicios Generales
	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 vehiculos 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: Vigia SST: S N

Cargo: COPASST: S N

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

Nombre: Carlos A Grajales

Identificación: 18532865

Cargo: Encargado

Teléfono: 3113909574

Nombre:

Identificación:

Cargo:

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: Formato recibido por:

Fecha: Dia 02 mes 06 año 2022 Fecha: Dia Mes año

Nombre Hubert A. Calle A. Nombre

Cargo Técnico Operativo T.S.A. Contratista Cargo (*)

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

1157

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A SUJETOS DE INTERÉS

Versión: 1 | Vigencia: 05-2015

INFORMACIÓN GENERAL

a	Programa: R.L	Número consecutivo del acta	66-045-02-RL-82-2022			
b	Número de inscripción: 6604524412132	Municipio: Apia	Zona:	URBANA	RURAL	
c	Fecha de la visita:	DIA 02 MES 06 AÑO 2022	Hora inicio:		Hora fin:	
d	Nombre del establecimiento:	Hotel Junior Plaza				
e	Dirección:	Carrera 8 # 9-05				
g	Teléfono:	3113909574				
	Representante legal /Gerente:	Luz Estela Aguirre				
i	Identificación:	24412132				
j	Concepto última visita:	FAVORABLE ( ) PENDIENTE ( ) DESFAVORABLE ( ) NO TIENE ( )				
k	Fecha última visita	DIA____ MES____AÑO____	Tipo de visita	Inspección_____ Seguimiento_____		
l	Plan de mejoramiento / Fecha:	Si_____ No_____	Fecha	DIA _____ MES _____ AÑO_____		
m	Estado plan de mejoramiento	Vigente ( ) Vencido ( ) Cumplido ( ) No tiene ( ) Primera vez ( )				

SITUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ITEM	ASPECTOS A VERIFICAR	Tipo	CAL	OBSERVACIONES
1	El establecimiento está legalmente constuido? (Ley 232 de 1995)	D	2	Camara Comercio 17793001.
2	Los trabajadores se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral (salud, pensión y reisgos laborales). (Ley 100 de 1993 (título III). Ley 1562 de 2012. Decreto 1295 de 1994 (art. 4, literal c y d). Decreto 723 de 2013)	D	2	Planilla 10462265 97 02-06-2022
3	Dispone de una persona responsable de la ejecución del SG-SST. Especifique nombre y cargo. (Decreto 1295 de 1994 (art. 4, parágrafo 1 y 2), Resolución 4502 de 2012)	D	0	No esta Establecido el SG-SST
4	Existe y está socializada y publicada de forma permanente, la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa?. (Ley 100 de 1993 (art. 161). Decreto 614 de 1984 (art. 28-30))	D	0	No se Evidencia, no esta Establecida ni socializada
5	Existe el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SG-SST actualizado?. Establecer fecha. (Ley 9 de 1979 (art. 84 literal c, 11, 125-127). Decreto 614 (literal a del art. 24 y art. 28). Resolución 1016 de 1989. Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal c)).	D	0	No se Evidencia, No esta Establecido
6	Cuenta con un plan de trabajo anual para la ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SG-SST?. (Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal b)	D	0	No Se Evidencia

7	Existe la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos actualizada?. Establecer fecha. (Ley 9 de 1979 (art. 84 literal a, 98-109, 117-118). Resolución 1016 de 1989 art. 14 numeral 2, 3 y 4)	D	0	Actualizado 2018
8	Existe reglamento de Higiene y Seguridad industrial, está ubicado en un sitio visible y ha sido socializado con los trabajadores?. (Código Sustantivo del Trabajo - CST (art. 349). Resolución 2413 de 1979).	D	0	No Establecido
9	Tiene conformado el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o vigia ocupacional?. (Ley 9 de 1979 (art. 11). Decreto 614 de 1984 (literal c del art. 24, art. 25 y 26). Decreto 1295 de 1994 (art. 35, 63). Resolución 2013 de 1986. Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal e))	D	0	No Esta Conformado
10	Se tiene conformada la brigada de emergencias y está capacitada (primeros auxilios, evacuación, incendios). Establecer fecha de conformación. (Ley 9 de 1979 (art. 114, 116). Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal d)).	D	0	No Esta Conformada
11	Tiene conformado el Comité de Convicencia Laboral?. Establecer fecha de conformación. (Ley 1010 de 2006. Decreto 231 de 2006. Resolución 734 de 2006. Resolución 652 de 2012. Resolución 1356 de 2012).	D	0	No Esta Conformado
12	El establecimiento cuenta con plan de emergencias?. Establecer fecha. (Ley 9 de 1979 (art. 93, 94, 96, 114, 116). Resolución 1016 de 1989 (art. 11, numeral 18 y art. 14, numeral 11)).	D	2	Plan Actualizado 2022
13	Cuenta con un plan de capacitación anual en promoción de la seguridad y salud en el trabajo y prevención de riesgos laborales. Establecer fecha. (Ley 9 de 1979 (art. 84, literal g), Decreto 614 de 1984 (literal e y f del art. 24). Decreto 1016 de 1989 (art. 14, nuemral 9)).	D	0	No esta Establecido
14	Están establecidos los elementos de protección individual - EPI nesecarios pas la actividad económica y los operarios están dotados y usan los EPI requeridos . Verificar la relación discriminada. (Ley 9 de 1979 (art. 122, 123). Resolculón 1016 de 1989 (art. 14, numeral 5)).Ley 9 de 1979 (art. 122, 123). Resolculón 1016 de 1989 (art. 14, numeral 5)).	DV	0	Listado. Entrega con Acta · Guantes · Carro tsio · Careta · Tapabocas
15	Los empleados cuentan con éxamen médico de ingreso, periódico y de retiro?. (Decreto 1016 de 1989 (art. 14, nuemral 10). Resolución 2346 de 2007. Resolución 1918 de 2009).	D	2	Examen Médico Ocupacional de Ingreso Certificado N° 1532 11-05-2023 ERIKA Rodriguez
16	Existen equipos e implementos de seguridad (extintores, campanas extractoras de aire, barandas, botiquín de primeros auxilios en funcionamiento y bien ubicados, etc). (Ley 9 de 1979 (art. 116 y 127)).	V	2	Extintor -> vigente Mayo 2023 Botiquin -> Elementos vigentes
17	Existe el procedimiento escrito sobre la investigación de incidentes y accidentes de trabajo y éste es implementado?. (Resolución 1401 de 2007. Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal g)).	D	0	No se Evidencia
18	Existen indicadores de Accidentes e incidentes de Trabajo, Enfermedades Laborales, ausentismo laboral e incapacidades?. (Ley 9 de 1979 (art. 84, literal e). Decreto 614 de 1984 (literal d del art. 24). Resolución 1016 de 1989 (art. 14, numeral 6 y 7)).	D	0	No Cuenta Con Indicadores

19	Existen protocolos para manejo de factores de riesgo. son conocidos por los trabajadores?. Establecer cuáles. (Código Sustantivo del Trabajo-CST (art. 108 Literal 11). Ley 9 de 1979 (art. 90-97). Resolución 2400 de 1979. Decreto 614 de 1984. Decreto 1295 de 1994).	D	2	Protocolo Bioseguridad Actualizado 2022
20	Se tienen documentados programas de vigilancia epedemiológica conforme a los factores de riesgo prioritarios?. (Ley 1562 de 2012 (art. 11 numeral 1, literal f)).	D	0	No Documentados
21	El establecimiento tiene contratado trabajadores con discapacidad?. En caso afirmativo indique cuántos?. (Ley 361 de 1997).	DV	2	No Trae
22	El establecimiento tiene contratados menores de edad con las respectivas autorizaciones por parte del Ministerio del Trabajo?. (Ley 704 de 2001. Ley 1098 de 2006 (art. 20, 113-118). Resolución 1677 de 2008).	DV	2	No Trae
23	Cuenta con listado de materias primas y sustancias empleadas con sus respectivas fichas de seguridad?. (Resolución 1016 de 1989 (art. 14, numeral 1).	D	2	Manejan LOC, Suavizante. Detergente Cuenta Con Listado y Fichas de seguridad.
24	Se evidencian los resultados de las inspecciones de seguridad periódicas internas?. (Resolución 1016 de 1989 (art. 14, numeral 8)).	D	0	No se han realizado Inspecciones de seguridad
*	Tipo: D:verificacióndocumental; V:verificación visual al momento de la visita.	48	18	Porcentaje Obtenido: 37.5 — Nivel de Riesgo: Alto Crítico

Las calificaciones otorgadas se ciñen a las siguientes consideraciones, Cumple: 2 - No cumple: 0 - No observado (al momento de la visita): NO - No aplica (para el tipo de establecimiento seleccionado) NA.

OBSERVACIONES

Tiene un nivel de riesgo Alto, debido a que no Cumple Con todos los Estandares del SG-SST

RECOMENDACIONES

Dar Cumplimiento a los Estandares calificados en 0

EXIGENCIAS

Cumplir Con SG-SST Contenido a la 0312 de

2019, Expedida Por MinTrabajo

Se deberán intervenir todas aquellas variables con calificación 0 : no cumple y 1: cumple parcialmente, ademas de presentar los documentos de soporte de protocolos y actividades desarrolladas.

De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, especialmente la ley 9 de 1979 y su reglamentación, ADEMAS DE LAS COMPETENCIAS DE LA LEY 715 DE 2001 para el cumplimiento de las anteriores exigencias se concede un plazo de 30 Dias

En caso de incumplimiento se procederá a realizar el respectivo reporte a la Dirección Territorial de Risaralda del Ministerio del Trabajo.

CONCEPTO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO: De la calificación de las variables revisadas al momento de la visita y la verificación de los soportes documentales requeridos. Se tiene que para el acta general para la verificación de las condiciones sanitarias sera:

X	CONCEPTO	OBSERVACIONES
	FAVORABLE	Cumple totalmente las condiciones de seguridad y salud en el Trabajo.
X	PENDIENTE	Se dejan exigencias contenidas en el respectivo plan de mejoramiento y se fija plazo para su cumplimiento. PLAZO: 30 días.
	DESFAVORABLE DEFINITIVO	No admite exigencias. Se procede a aplicar medidas sanitarias de seguridad.

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 02 del mes de 06 del año 2022 en el municipio de Apia - Risaralda.

De la presente acta se deja copia (____ folios) en poder el interesado, representante legal, responsable del establecimiento quien atendió la visita como notificado de la situación encontrada y descrito para los fines pertinentes.

NOTA 1. 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 LA ENTIDAD QUE REALIZA LA VISITA: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	
Firma: Hubar A. Calle A.	Firma:
Nombre: Hubar Alejandro Calle A	Nombre:
C.C: 18533288	C.C:
Cargo: T.S.A. Contratista	Cargo:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
Firma: Carlos Andres Grajales	Firma:
Nombre: Carlos A Grajales	Nombre:
C.C: 18532865	C.C:
Cargo: Encargado	Cargo:

DOCUMENTOS ANEXOS A LA PRESENTE ACTA

No.	DOCUMENTO	FISICO/ MAGNETICO		ENTIDAD
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS POR OTROS ENTES DE CONTROL DURANTE EL ULTIMO AÑO			
No.	DOCUMENTO: ACTA DE VISITA, RESOLUCION, ESPECIFICAR	ENTIDAD	MOTIVO: DESCRIBA EL MOTIVO, LOS PLAZOS, EL CONCEPTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

1160

La salud es de todos | Minsalud

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS DE VIVIENDA TRANSITORIA

RISARALDA

CIUDAD: Apia | FECHA: 02 día 06 mes 2022 año | ACTA Nº: 66-045-02-AO-82-2022 EE

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hotel	X	Aparta hotel		Complejo Turístico		Hostal	
Residencias		Hospedería		Centro Vacacional		Posadas	
Campamentos		Alojamientos		Moteles		Amoblados	
Campamentos		Otro					

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria de Salud Departamental

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL	Luz Estela Aguirre		
*CÉDULA / NIT	24412132-1	*NÚMERO DE INSCRIPCIÓN	6604524412132
*NOMBRE COMERCIAL	Hotel Junior Plaza		
*DIRECCIÓN	Carrera 8 # 9-05	MATRICULA MERCANTIL	17793001
*DEPARTAMENTO	Risaralda	*MUNICIPIO	Apia
Barrio		Vereda	Comuna	Localidad
Sector	Centro	Corregimiento	Caserio	UPZ
Otro	Cuál:			
TELÉFONOS	3113909579	CORREO ELECTRÓNICO	juniorplazahotel@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO/ REP LEGAL	Luz Estela Aguirre		
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. X C.E. NIT	*Número de documento	24412132
*NOMBRE DEL ADMINISTRADOR	Luz Estela Aguirre		
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. X C.E. NIT	*Número de documento	24412132
CORREO ELECTRÓNICO	juniorplazahotel@gmail.com		
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Carrera 8 # 9-05		

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

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA	juniorplazahotel@gmail.com		
*DEPARTAMENTO	Risaralda	*MUNICIPIO	Apia
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	L-D 6AM - 6AM	Nº DE TRABAJADORES	Admón.	Operativos 3
Nº DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS LABORALES	3		
Nº DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	3		
CÓDIGO CIIU	SI NO X	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	Servicio de Hospedaje

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO: Numero de Habitaciones 15 | Numero de Salones de Eventos 0 | Numero de Estructuras Acuaticas (piscinas, jacuzzis) 0 | Numero de Restaurantes 0

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	%
Nº 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:			

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A 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
Critico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC Nota:(para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

I. 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
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a la autoridad ambiental)		X	N/A
Hojas de Seguridad de las sustancias empleadas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979)(Art 8 ley 55 de 1993)	X		Vigente
Manifiesto de recolección de residuos por gestor, Actas de tratamiento y disposición final aplica para ámbito de aplicación decreto 351 de 2014		X	N/A
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)		X	N/A
En caso de que el servicio de lavandería sea tercerizado presentar contrato, concepto sanitario de la empresa con que se tiene contratado el servicio		X	N/A
Si se requiere 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		Vigente

II. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS Y AREAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	R
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, plantas de beneficio, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0			
1.2	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)	2	1	0			
1.3	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos, impermeables de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	2	1	0			
1.4	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores son accesibles cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0			
1.5	El establecimiento cuenta con puertas de salida suficientes y de características apropiadas para facilitar la evacuación del personal en caso de emergencia o desastre, las cuales no podrán mantenerse obstruidas o con seguro durante las jornadas de trabajo. Las vías de acceso a las salidas de emergencia estarán claramente señalizadas (Art 96 Ley de 1979)	3	1.5	0		Solo una puerta de ingreso y salida	
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0			
1.7	Las áreas de circulación deberán estar claramente demarcadas, tener la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y estar provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes (Art 93 ley 9 de 1979) , Los corredores internos se cumple con las disposiciones establecidas en el (Art 46 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0			
1.8	Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas están diseñados, construidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (art 117 de la Ley 9)	3	1.5	0			
1.9	La ventilación natural y artificial es adecuada para el uso.(Art 196 y 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0			
1.10	La iluminación natural y artificial 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 23,25 % del total del acta	

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	R
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,huespedes, visitantes y población con discapacidad (inodoros lavamanos y Ducha). Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 188 Ley 9 de 1979)	4	2	0			
2.2	En las habitaciones el mobiliario se encuentran en buen estado y en condiciones optimas de limpieza y aseo.(Art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5	0			
2.3	La ropa de cama, lencería, cortinas, persianas se encuentre en buenas condiciones de aseo y limpieza, así como en buen estado (Art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5	0			
2.4	Los colchones y almohadas están en buen estado de aseo y limpieza, cuentan con elementos para la protección de fluidos corporales en caso de derrame.(Art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5	0			
2.5	Los baños de habitaciones el material es de fácil limpieza y desinfección, se encuentran en buen estado, aseados y dotados con elementos de aseo personal. (Art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5	0			
2.6	Si cuenta con zonas húmedas estas son de fácil limpieza y desinfección, se encuentran en buen estado y aseadas (Art 207 ley 9 de 1979)	2	1	0			
2.7	Las habitaciones y baños cuentan con contenedores para la segregación de los generados (Art 199 Ley 9 de 1979)	2	1	0			
2.8	El aire acondicionado de las habitaciones se encuentra en buen estado, en condiciones de aseo y limpieza y con mantenimiento permanente	2	1	0		No Cuenta con Aire acondicionado	
2.9	Disponer de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito.	1	0.5	0		Se almacenan elementos de reciclaje en el cuarto	
2.10	El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones, equipo y lencería documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	3		0			C
2.11	Los artículos para los huéspedes se en cuentan en buenas condiciones, así como los alimentos y bebidas son almacenados en buenas condiciones que cumplen con las fechas de caducidad y rotulado	2	1	0			
2.12	En el área de lavandería se cuenta con las áreas separadas, los equipos, maquinarias y herramientas en buen estado y se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo (Art 91, Art 112 Ley 9 de 1979)	2	1	0			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 27,5 % del total del acta	

1761

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 alternativos	(2)	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso de agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	(4)		0		C
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo (Art 175 y 176 Ley 9 de 1979)	(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		
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)		No cuenta con soportes
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otro sistemas alternativos. (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 (Art 177 Ley 9 1979)	(3)	1.5	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con plan de gestión integral de residuos no peligrosos y peligrosos documentado e implementado (tener presente en los objetos de IVC aquellos que estén en el ámbito de aplicación del artículo artículo 2.8.10.2 decreto 780 de 2016)	3	(1.5)	0		No esta documentado
3.3.2	Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979) ((Resolución 1164 de 2002-.MPGIRH,Numeral 7.2.6)	(2)	1	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. (Art 198 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0		
	3.4 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 79)	(2)	1	0		
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	(4)		0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 20,5 % del total del acta

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD - GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	(3)	1.5	0		
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	(3)	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	(0)		No cuenta con alarma
4.4	La Institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	(3)	1.5	0		
4.5	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 240 de ley 9 de 1979)	(2)	1	0		
4.6	El establecimiento cuenta con un área para el almacenamiento seguro de sustancias químicas empleadas. (Art 121 de ley 9 de 1979) y estas se encuentran rotuladas e identificadas	(2)	1	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 15 12 % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
0,0 90,5	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 DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-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	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.

- Documentar el Plan Integral de residuos no Peligrosos
- Documentar el aseo y Desinfección de los tanques de Almacenamiento de agua
- Almacenar elementos de reciclaje en un sitio Distante a la lavandería

V. OBSERVACIONES

Por parte de la Autoridad Sanitaria:

Por parte del Establecimiento:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI ___ NO ___

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

Nº DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	03-06-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	15-07-2022

VIII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

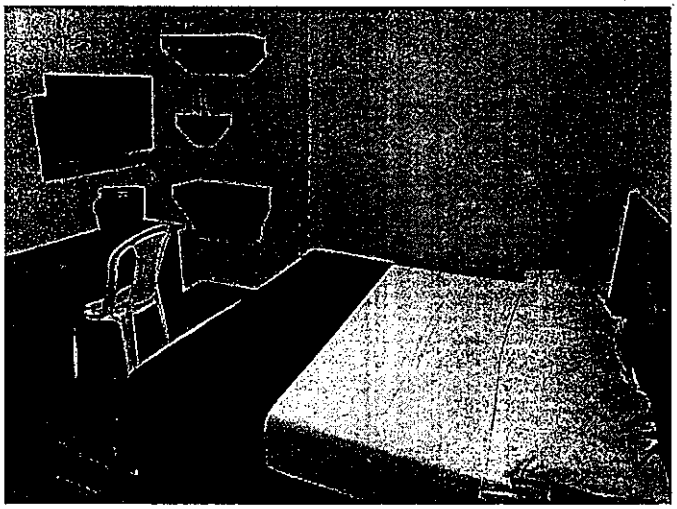
Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 02 del mes de Junio del año 2022 en la Ciudad de Ariy.

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

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

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA:	
FIRMA: Hubert A. Calle A.	FIRMA:
NOMBRE: Hubert Alejandro Calle A.	NOMBRE:
CÉDULA: 1053332883	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud Departamental	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:	
FIRMA: Carlos A Bogota	FIRMA:
NOMBRE: Carlos A Bogota	NOMBRE:
CÉDULA: 1053328659	CÉDULA:
CARGO: Encargado	CARGO:
INSTITUCIÓN: Junior Plaza	INSTITUCIÓN:

VISITAS AAT, HOTEL JUNIOR PLAZA, 02-06-2022









1963

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 66-045502-I-CE-83-2022

Fecha de diligenciamiento: 02 06 2022 | No único de inscripción: 66 (Depto) 682 (Mpio) (No) (Prog) 21 (Año)

I. Información general:

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

Municipio (*): Apia | Programa (*): C.C | Zona (*): Urbana

Nombre del establecimiento: Residencias New York | Dirección: Carrera 8 A 9-41

Teléfono: 3132183282 | Email: gustavoorlandovargasramirez@gmail.com | NIT:

Representante legal: Gustavo Orlando Vargas | Identificación: 4350272

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 19 mes 07 Año 2013 | Antigüedad: 8 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X X X X X X D | Horario de trabajo: 6:00 a Am a 12:00 Pm

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

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

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

Seguridad social:

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

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

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S N X	Especifique:	No		Fecha:	d m a
Cámara de comercio:	X N	Especifique:	No	18106602	Fecha:	23 02 2022
Certificado de Bomberos:	X N	Especifique:	No	4350272	Fecha:	19 02 2022
Certificado de fumigación:	X N	Especifique:	No	4350272-2	Fecha:	01 06 2022
Contrato Resid especiales:	X N	Especifique:	No	4350272-2	Fecha:	d m a

Días de recolección R. especiales: L M M J V X D | Frecuencia/semanal: 1 2 3 Diaria

Plan vertimientos CARDER S N X | Especifique: No | Fecha: d m a

Plan gestión resid. PGIRHS: S N X | Especifique: No | Fecha: d m a

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

Residencia hospedaje

IV b. Emplea Sústancias 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
Gustavo Orlando Vargas	M F	4350272	Administrador
Juan Rendón	M F		Servicios Generales
	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:	Olaya Vargas N.	Nombre:	
Identificación:	4350272	Identificación:	
Cargo:	Profesional	Cargo:	
Teléfono:	3132832882	Teléfono:	

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

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

Formato diligenciado por:

Fecha: Día 02 mes 06 año 2022

Nombre: Hubert A. Callejas

Cargo: Técnico Operativo T.S.A. Catalogista

Formato recibido por:

Fecha: Día Mes año

Nombre

Cargo (*)

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

1164

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A SUJETOS DE INTERÉS

Versión: 1 | Vigencia: 05-2015

INFORMACIÓN GENERAL

a	Programa: RL	Número consecutivo del acta	66-045-02-RL-83-2022				
b	Número de inscripción: 66045 4350272	Municipio: Apia	Zona:	URBANA		RURAL	
c	Fecha de la visita: 02-06-2022	DIA 02 MES 06 AÑO 2022	Hora inicio:		Hora fin:		
d	Nombre del establecimiento:	Residencias New York					
e	Dirección:	Carrera 8 # 9-41					
g	Teléfono:	3132183282					
	Representante legal /Gerente:	Gustavo Orlando Vargas					
i	Identificación:	4350272					
j	Concepto última visita:	FAVORABLE ( ) PENDIENTE ( ) DESFAVORABLE ( ) NO TIENE ( )					
k	Fecha última visita	DIA____ MES____AÑO____	Tipo de visita	Inspección_____ Seguimiento_____			
l	Plan de mejoramiento / Fecha:	Si_____ No_____	Fecha	DIA _____ MES _____ AÑO_____			
m	Estado plan de mejoramiento	Vigente ( ) Vencido ( ) Cumplido ( ) No tiene ( ) Primera vez ( )					

SITUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ITEM	ASPECTOS A VERIFICAR	Tipo	CAL	OBSERVACIONES
1	El establecimiento está legalmente constuido? (Ley 232 de 1995)	D	2	Carera cumplido Nº 18106602 23-02-2022
2	Los trabajadores se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral (salud, pensión y reisgos laborales). (Ley 100 de 1993 (título III). Ley 1562 de 2012. Decreto 1295 de 1994 (art. 4, literal c y d). Decreto 723 de 2013)	D	0	Solo Pagan Seguridad social
3	Dispone de una persona responsable de la ejecución del SG-SST. Especifique nombre y cargo. (Decreto 1295 de 1994 (art. 4, parágrafo 1 y 2), Resolución 4502 de 2012)	D	0	No Esta Establecido el SG-SST Por Consecuencia no cuenta Con Responsable del tema
4	Existe y está socializada y publicada de forma permanente, la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa?. (Ley 100 de 1993 (art. 161). Decreto 614 de 1984 (art. 28-30))	D	0	No Establecida no se Evidencia
5	Existe el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SG-SST actualizado?. Establecer fecha. (Ley 9 de 1979 (art. 84 literal c, 11, 125-127). Decreto 614 (literal a del art. 24 y art. 28). Resolución 1016 de 1989. Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal c)).	D	0	No Establecido el SG-SST
6	Cuenta con un plan de trabajo anual para la ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SG-SST?. (Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal b)	D	0	No se Evidencia

7	Existe la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos actualizada?. Establecer fecha. (Ley 9 de 1979 (art. 84 literal a, 98-109, 117-118). Resolución 1016 de 1989 art. 14 numeral 2, 3 y 4)	D	0	No Existe Matriz
8	Existe reglamento de Higiene y Seguridad industrial, está ubicado en un sitio visible y ha sido socializado con los trabajadores?. (Código Sustantivo del Trabajo - CST (art. 349). Resolución 2413 de 1979).	D	0	No Publicado -> no vigente
9	Tiene conformado el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o vigia ocupacional?. (Ley 9 de 1979 (art. 11). Decreto 614 de 1984 (literal c del art. 24, art. 25 y 26). Decreto 1295 de 1994 (art. 35, 63). Resolución 2013 de 1986. Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal e))	D	0	(NO Esta Conformado el Vigia Ocupacional
10	Se tiene conformada la brigada de emergencias y está capacitada (primeros auxilios, evacuación, incendios). Establecer fecha de conformación. (Ley 9 de 1979 (art. 114, 116). Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal d)).	D	0	No Esta Conformada
11	Tiene conformado el Comité de Convicencia Laboral?. Establecer fecha de conformación. (Ley 1010 de 2006. Decreto 231 de 2006. Resolución 734 de 2006. Resolución 652 de 2012. Resolución 1356 de 2012).	D	0	No Esta Conformado
12	El establecimiento cuenta con plan de emergencias?. Establecer fecha. (Ley 9 de 1979 (art. 93, 94, 96, 114, 116). Resolución 1016 de 1989 (art. 11, numeral 18 y art. 14, numeral 11)).	D	0	No Se Evidencia
13	Cuenta con un plan de capacitación anual en promoción de la seguridad y salud en el trabajo y prevención de riesgos laborales. Establecer fecha. (Ley 9 de 1979 (art. 84, literal g), Decreto 614 de 1984 (literal e y f del art. 24). Decreto 1016 de 1989 (art. 14, nuemral 9)).	D	0	No Tiene Plan para la Vigencia 2022
14	Están establecidos los elementos de protección individual - EPI nesecarios pas la actividad económica y los operarios están dotados y usan los EPI requeridos . Verificar la relación discriminada. (Ley 9 de 1979 (art. 122, 123). Resolcuión 1016 de 1989 (art. 14, numeral 5)).Ley 9 de 1979 (art. 122, 123). Resolcuión 1016 de 1989 (art. 14, numeral 5)).	DV	2	Guantes Tapabocas Careta
15	Los empleados cuentan con éxamen médico de ingreso, periódico y de retiro?. (Decreto 1016 de 1989 (art. 14, nuemral 10). Resolución 2346 de 2007. Resolución 1918 de 2009).	D	0	No Se Solicita
16	Existen equipos e implementos de seguridad (extintores, campanas extractoras de aire, barandas, botiquín de primeros auxilios en funcionamiento y bien ubicados, etc). (Ley 9 de 1979 (art. 116 y 127)).	V	2	Extintor -> Junio 2023 Botiquin -> Elementos al dia
17	Existe el procedimiento escrito sobre la investigación de incidentes y accidentes de trabajo y éste es implementado?. (Resolución 1401 de 2007. Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal g)).	D	0	No Se Evidencia
18	Existen indicadores de Accidentes e incidentes de Trabajo, Enfermedades Laborales, ausentismo laboral e incapacidades?. (Ley 9 de 1979 (art. 84, literal e). Decreto 614 de 1984 (literal d del art. 24). Resolución 1016 de 1989 (art. 14, numeral 6 y 7)).	D	0	No Se Evidencia

19	Existen protocolos para manejo de factores de riesgo. son conocidos por los trabajadores?. Establecer cuáles. (Código Sustantivo del Trabajo-CST (art. 108 Literal 11). Ley 9 de 1979 (art. 90-97). Resolución 2400 de 1979. Decreto 614 de 1984. Decreto 1295 de 1994).	D	0	No cuenta Con Indicadores No Se Evidencia			
20	Se tienen documentados programas de vigilancia epedemiológica conforme a los factores de riesgo prioritarios?. (Ley 1562 de 2012 (art. 11 numeral 1, literal f)).	D	0	No Se Evidencia			
21	El establecimiento tiene contratado trabajadores con discapacidad?. En caso afirmativo indique cuántos?. (Ley 361 de 1997).	DV	2	No Tiene			
22	El establecimiento tiene contratados menores de edad con las respectivas autorizaciones por parte del Ministerio del Trabajo?. (Ley 704 de 2001. Ley 1098 de 2006 (art. 20, 113-118). Resolución 1677 de 2008).	DV	2	No Tiene			
23	Cuenta con listado de materias primas y sustancias empleadas con sus respectivas fichas de seguridad?. (Resolución 1016 de 1989 (art. 14, numeral 1).	D	0	Manejan Hipoclorito y Detergente No cuenta Con listado, ni con fichas de seguridad			
24	Se evidencian los resultados de las inspecciones de seguridad periódicas internas?. (Resolución 1016 de 1989 (art. 14, numeral 8)).	D	0	No se han realizado inspecciones de seguridad			
*	Tipo: D:verificacióndocumental; V:verificación visual al momento de la visita.	48	8	Porcentaje Obtenido	16.6	Nivel de Riesgo	Crítico Alto

Las calificaciones otorgadas se ciñen a las siguientes consideraciones, Cumple: 2 - No cumple: 0 - No observado (al momento de la visita): NO - No aplica (para el tipo de establecimiento seleccionado) NA.

OBSERVACIONES

Tiene un nivel de riesgo Alto, debido a que no cumple Con todos los Estandares del SG-SST

RECOMENDACIONES

Dar Cumplimiento a los Estandares calificados en 0

EXIGENCIAS

Cumplir Con SG-SST, Conforme a la 0312 de 2019

Expedido por el MinTrabajo

Se deberán intervenir todas aquellas variables con calificación 0 : no cumple y 1: cumple parcialmente, ademas de presentar los documentos de soporte de protocolos y actividades desarrolladas.

De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, especialmente la ley 9 de 1979 y su reglamentación, ADEMAS DE LAS COMPETENCIAS DE LA LEY 715 DE 2001 para el cumplimiento de las anteriores exigencias se concede un plazo de 30 dias

En caso de incumplimiento se procederá a realizar el respectivo reporte a la Dirección Territorial de Risaralda del Ministerio del Trabajo.

CONCEPTO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO: De la calificación de las variables revisadas al momento de la visita y la verificación de los soportes documentales requeridos. Se tiene que para el acta general para la verificación de las condiciones sanitarias sera:

X	CONCEPTO	OBSERVACIONES
	FAVORABLE	Cumple totalmente las condiciones de seguridad y salud en el Trabajo.
X	PENDIENTE	Se dejan exigencias contenidas en el respectivo plan de mejoramiento y se fija plazo para su cumplimiento. PLAZO: 30 días.
	DESFAVORABLE DEFINITIVO	No admite exigencias. Se procede a aplicar medidas sanitarias de seguridad.

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 02 del mes de 06 del año 2022 en el municipio de Apia - Risaralda.

De la presente acta se deja copia (____ folios) en poder el interesado, representante legal, responsable del establecimiento quien atendió la visita como notificado de la situación encontrada y descrito para los fines pertinentes.

NOTA 1. 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 LA ENTIDAD QUE REALIZA LA VISITA: SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL	
Firma: Hubar A. Calle A.	Firma:
Nombre: Hubar Alejandro Calle A	Nombre:
C.C: 18533288	C.C:
Cargo: T.S.A. Contratista	Cargo:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
Firma: Alvaro Vargas.	Firma:
Nombre: Alvaro Vargas	Nombre:
C.C: 4350274	C.C:
Cargo: Propietario	Cargo:

DOCUMENTOS ANEXOS A LA PRESENTE ACTA

No.	DOCUMENTO	FISICO/MAGNETICO		ENTIDAD
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS POR OTROS ENTES DE CONTROL DURANTE EL ULTIMO AÑO			
No.	DOCUMENTO: ACTA DE VISITA, RESOLUCION, ESPECIFICAR	ENTIDAD	MOTIVO: DESCRIBA EL MOTIVO, LOS PLAZOS, EL CONCEPTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

1167

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS DE VIVIENDA TRANSITORIA

CIUDAD: Apia | FECHA: 02 dia 06 mes 2022 | ACTA N°: 66-045-02-EE-83-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hotel		Aparta hotel		Complejo Turistico		Hostal	
Residencias	X	Hospedería		Centro Vacacional		Posadas	
Campamentos		Alojamientos		Moteles		Amoblados	
Campamentos		Otro					

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria de Salud Departamental

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL	Gustavo Orlando Vargas Ramirez		
*CÉDULA / NIT	4350272	*NÚMERO DE INSCRIPCIÓN	
*NOMBRE COMERCIAL	Residencias New York		
*DIRECCIÓN	Carrera 8 # 9-41	MATRICULA MERCANTIL	1810660-2
*DEPARTAMENTO	Risaralda	*MUNICIPIO	Apia
Barrio		Vereda	Comuna	Localidad
Sector	Jardines	Corregimiento	Caserio	UPZ
Otro	Cuál:			
TELÉFONOS	3132183282	CORREO ELECTRÓNICO	gustavoorlandovargasramirez@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO/ REP LEGAL	Gustavo Orlando Vargas		
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C.	C.E.	NIT X	*Número de documento	4350272-2
*NOMBRE DEL ADMINISTRADOR	Gustavo Orlando Vargas		
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. X	C.E.	NIT	*Número de documento	4350272
CORREO ELECTRÓNICO	gustavoorlandovargasramirez@gmail.com		
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Carrera 8 # 9-41		

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

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA:

*DEPARTAMENTO	Risaralda	*MUNICIPIO	Apia
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	L-D 6Am - 6pm	N° DE TRABAJADORES	Admón. 1	Operativos 1
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS LABORALES	0		
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	1		
CÓDIGO CIIU SI	NO X	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	Servicio de Residencia	

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO: Numero de Habitaciones: 19 | Numero de Salones de Eventos: 0 | Numero de Estructuras Acuaticas (piscinas, jacuzzis): 0 | Numero de Restaurantes: 0

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:			

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A 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 avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC Nota:(para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)		X	No Implementado
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a la autoridad ambiental)		X	NA
Hojas de Seguridad de las sustancias empleadas (Artículo 102 de la Ley 9 de 1979)(Art 8 ley 55 de 1993)		X	No se Evidencia
Manifiesto de recolección de residuos por gestor, Actas de tratamiento y disposición final aplica para ámbito de aplicación decreto 351 de 2014		X	No se Evidencia
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	X		Vigente
En caso de que el servicio de lavandería sea tercerizado presentar contrato, concepto sanitario de la empresa con que se tiene contratado el servicio		X	NA
Si se requiere 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		Vigente

CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

I. CONDICIONES LOCATIVAS Y ÁREAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, plantas de beneficio, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0			
1.2	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)	(2)	1	0			
1.3	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos, impermeables de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0			
1.4	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores son accesibles cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	2	(1)	0		Corredor Estrecho	
1.5	El establecimiento cuenta con puertas de salida suficientes y de características apropiadas para facilitar la evacuación del personal en caso de emergencia o desastre, las cuales no podrán mantenerse obstruidas o con seguro durante las jornadas de trabajo. Las vías de acceso a las salidas de emergencia estarán claramente señalizadas (Art 96 Ley de 1979)	3	(1.5)	0		Solo una puerta de ingreso y salida	
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	(2)	1	0			
1.7	Las áreas de circulación deberán estar claramente demarcadas, tener la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y estar provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes (Art 93 ley 9 de 1979) , Los corredores internos se cumple con las disposiciones establecidas en el (Art 46 Resolución 14861 de 1985)	(2)	1	0			
1.8	Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas están diseñados, construidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (art 117 de la Ley 9)	3	(1.5)	0		Redes y Cables a libre exposición	
1.9	La ventilación natural y artificial es adecuada para el uso.(Art 196 y 197 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0			
1.10	La iluminación natural y artificial 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 21,25 % del total del acta	

II. CONDICIONES SANITARIAS

ítem	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,huespedes, visitantes y población con discapacidad (inodoros lavamanos y Ducha). Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 188 Ley 9 de 1979)	(4)	2	0			
2.2	En las habitaciones el mobiliario se encuentran en buen estado y en condiciones optimas de limpieza y aseo.(Art 207 ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0			
2.3	La ropa de cama, lencería, cortinas, persianas se encuentra en buenas condiciones de aseo y limpieza, así como en buen estado (Art 207 ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0			
2.4	Los colchones y almohadas están en buen estado de aseo y limpieza, cuentan con elementos para la protección de fluidos corporales en caso de derrame.(Art 207 ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0			
2.5	Los baños de habitaciones el material es de fácil limpieza y desinfección, se encuentran en buen estado, aseados y dotados con elementos de aseo personal. (Art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5	(0)		Las habitaciones no cuentan con Baño	
2.6	Si cuenta con zonas húmedas estas son de fácil limpieza y desinfección, se encuentran en buen estado y aseadas (Art 207 ley 9 de 1979)	2	(1)	0		Pared Deteriorada	
2.7	Las habitaciones y baños cuentan con contenedores para la segregación de los generados (Art 199 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0			
2.8	El aire acondicionado de las habitaciones se encuentra en buen estado, en condiciones de aseo y limpieza y con mantenimiento permanente	2	1	(0)		No Cuenta con aire acondicionado	
2.9	Disponer de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito.	(1)	0.5	0			
2.10	El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones, equipo y lencería documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	(3)		0			C
2.11	Los artículos para los huéspedes se en cuentan en buenas condiciones, así como los alimentos y bebidas son almacenados en buenas condiciones que cumplen con las fechas de caducidad y rotulado	(2)	1	0			
2.12	En el área de lavandería se cuenta con las áreas separadas, los equipos, maquinarias y herramientas en buen estado y se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo (Art 91, Art 112 Ley 9 de 1979)	2	(1)	0		Las Areas no estan Separadas	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30,71 % del total del acta	

1168

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 alternativos	2	1	0		-
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso de agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0		C
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo (Art 175 y 176 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. Art 10 Decreto 1575 de 2007	2	1	0		No cuenta con tanques de almacenamiento
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0	X	
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otro sistemas alternativos. (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 (Art 177 Ley 9 1979)	3	1.5	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con plan de gestión integral de residuos no peligrosos y peligrosos documentado e implementado (tener presente en los objetos de IVC aquellos que estén en el ámbito de aplicación del artículo artículo 2.8.10.2 decreto 780 de 2016)	3	1.5	0		No esta documentado
3.3.2	Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979) ((Resolución 1164 de 2002-.MPGIRH,Numeral 7.2.6)	2	1	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. (Art 198 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
	3.4 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 79)	2	1	0		
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	4		0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 23 % del total del acta

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD- GESTION DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	3	1.5	0		No cuenta con el PGR
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		No cuenta con alarma
4.4	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		
4.5	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 240 de ley 9 de 1979)	2	1	0		
4.6	El establecimiento cuenta con un área para el almacenamiento seguro de sustancias químicas empleadas. (Art 121 de ley 9 de 1979) y estas se encuentran rotuladas e identificadas	2	1	0		Algunos elementos no rotulados
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 19 % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesto)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
0.0 74	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 DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-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	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Debe Mejorar Procesos Documentados e Implementar Faltas
Mejorar el sistema Electrico

Por parte del Establecimiento:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD PREVENTIVA SI NO

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

Nº DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	03-06-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	15-07-2022

VIII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

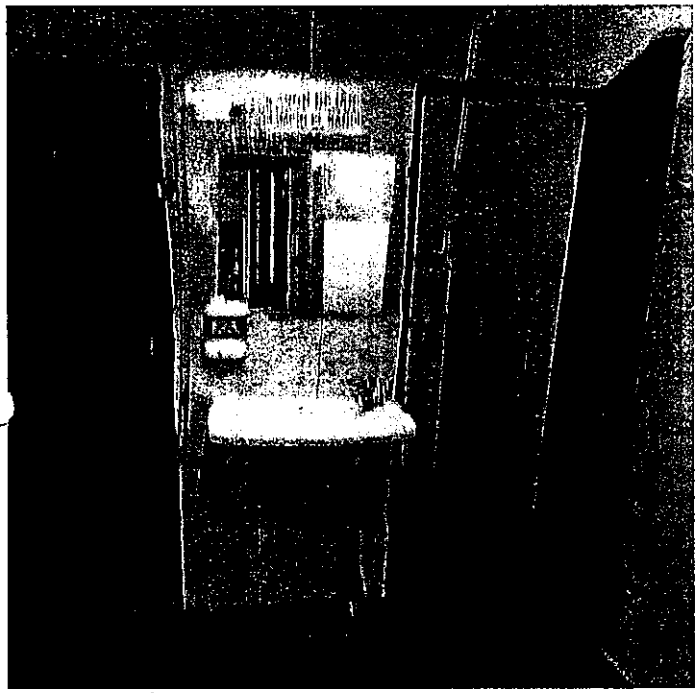
Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 02 del mes de Junio del año 2022 en la Ciudad de Arica.

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

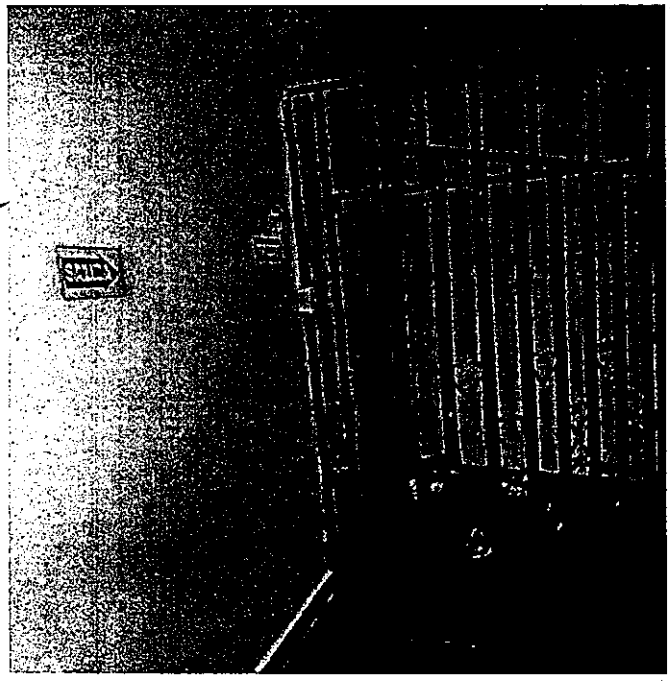
NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

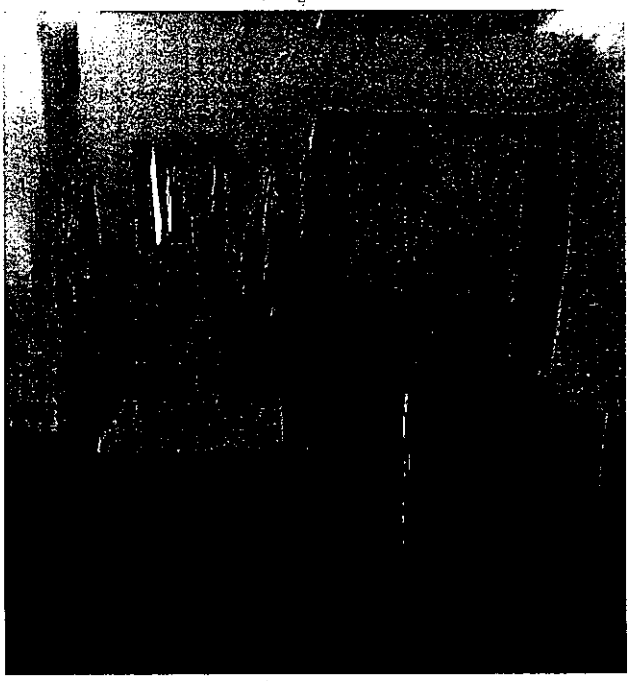
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA			
FIRMA:	[signature]	FIRMA:	
NOMBRE:	Hoba Alfredo Calla K.	NOMBRE:	
CÉDULA:	18533288	CÉDULA:	
CARGO:	T.S.A Contratista	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	Secretaría Salud	INSTITUCIÓN:	
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO			
FIRMA:	[signature]	FIRMA:	
NOMBRE:	Mario Hoces M.	NOMBRE:	
CÉDULA:	6350772	CÉDULA:	
CARGO:	Propietario	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	NEW YORK	INSTITUCIÓN:	

VISITAS AAT, RESIDENCIAS NEW YORK, 02-06-2022









1-170

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

Versión : 00 | Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental: | Número consecutivo: 66-045-02-I-EE-84-2022

Fecha de diligenciamiento:	02	08	2022	No único de inscripción	66	682			21
					Depto	Mpio	No	Prog	Año

I. Información general:

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

Municipio (*): Apía | Programa (*): S.E | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Alojamiento Por Horas La Maria | Dirección: Vereda La María

Teléfono: 3226181471 | Email: laurs2394@hotmail.com | NIT: 1088019325-3

Representante legal: Laura Vanesa Alvarez Cruz | Identificación: 1088019325

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 25 mes 02 Año 2020 | Antigüedad: 2 Años

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

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X X X X X X D | Horario de trabajo: 6:00 a 6:00 Am a Pm

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

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

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

Seguridad social:

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

Salud X N EPS: Nueva EPS | ARL X N Cuál?: Positiva

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	X N	Especifique:	No 008	Fecha:	08 07 2008
Cámara de comercio:	X N	Especifique:	No 18172768	Fecha:	29 03 2022
Certificado de Bomberos:	X N	Especifique:	No 1088019325-3	Fecha:	10 02 2022
Certificado de fumigación:	X N	Especifique:	No 1088019325-3	Fecha:	10 03 2022
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.

Servicio de Hospedaje Transitorio

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
Laura Vanesa Alvarez	M F	1088019325	Administrador
Olga Liliana Gonzalez	M F	24414514	Servicios Generales
	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: Laura Alvarez Cruz	Nombre:
Identificación: 1088019325	Identificación:
Cargo: Administrador	Cargo:
Teléfono: 3226181471	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 02 mes 06 año 2022	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Hubert Callath	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A. Contratista	Cargo (*)	

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

v2,0 10/08/13

1171

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A SUJETOS DE INTERÉS**
Versión: 1	Vigencia: 05-2015

INFORMACIÓN GENERAL							
a	Programa: RL	Número consecutivo del acta	66-045-02-RL-84-2022				
b	Número de inscripción: 66045108801932S	Municipio: Apia	Zona:	URBANA	RURAL X		
c	Fecha de la visita:	DIA 02 MES 06 AÑO 2022	Hora inicio:		Hora fin:		
d	Nombre del establecimiento:	Alojamiento Por Horas La María					
e	Dirección:	Vereda La María - Estación Servicio					
g	Teléfono:	3226181471					
i	Representante legal /Gerente:	Laura Vanesa Alvarez					
i	Identificación:	1088019325					
j	Concepto última visita:	FAVORABLE ( ) PENDIENTE ( ) DESFAVORABLE ( ) NO TIENE ( )					
k	Fecha última visita	DIA____ MES____AÑO____	Tipo de visita	Inspección_____ Seguimiento_____			
l	Plan de mejoramiento / Fecha:	Si_____ No_____	Fecha	DIA _____ MES _____ AÑO_____			
m	Estado plan de mejoramiento	Vigente ( ) Vencido ( ) Cumplido ( ) No tiene ( ) Primera vez ( )					

SITUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				
ITEM	ASPECTOS A VERIFICAR	Tipo	CAL	OBSERVACIONES
1	El establecimiento está legalmente constuido? (Ley 232 de 1995)	D	2	Camara Comercio 18172768
2	Los trabajadores se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral (salud, pensión y reisgos laborales). (Ley 100 de 1993 (título III). Ley 1562 de 2012. Decreto 1295 de 1994 (art. 4, literal c y d). Decreto 723 de 2013)	D	2	Planilla 94349067 84 Fecha 17-05-2022
3	Dispone de una persona responsable de la ejecución del SG-SST. Especifique nombre y cargo. (Decreto 1295 de 1994 (art. 4, parágrafo 1 y 2), Resolución 4502 de 2012)	D	2	Hector Fabio Correa. Profesional SG-SST
4	Existe y está socializada y publicada de forma permanente, la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa?. (Ley 100 de 1993 (art. 161). Decreto 614 de 1984 (art. 28-30))	D	0	Esta Documentada, no esta socializada
5	Existe el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SG-SST actualizado?. Establecer fecha. (Ley 9 de 1979 (art. 84 literal c, 11, 125-127). Decreto 614 (literal a del art. 24 y art. 28). Resolución 1016 de 1989. Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal c)).	D	2	Vigencia 03-04-2022
6	Cuenta con un plan de trabajo anual para la ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SG-SST?. (Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal b)	D	0	No se Evidencia

7	Existe la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos actualizada?. Establecer fecha. (Ley 9 de 1979 (art. 84 literal a, 98-109, 117-118). Resolución 1016 de 1989 art. 14 numeral 2, 3 y 4)	D	0	Matriz Actualizada a 2021
8	Existe reglamento de Higiene y Seguridad industrial, está ubicado en un sitio visible y ha sido socializado con los trabajadores?. (Código Sustantivo del Trabajo - CST (art. 349). Resolución 2413 de 1979).	D	0	Publicado a 01-05-2021
9	Tiene conformado el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o vigia ocupacional?. (Ley 9 de 1979 (art. 11). Decreto 614 de 1984 (literal c del art. 24, art. 25 y 26). Decreto 1295 de 1994 (art. 35, 63). Resolución 2013 de 1986. Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal e))	D	0	COPASS actualizado a 01-05-2021
10	Se tiene conformada la brigada de emergencias y está capacitada (primeros auxilios, evacuación, incendios). Establecer fecha de conformación. (Ley 9 de 1979 (art. 114, 116). Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal d)).	D	0	Desactualizado 01-05-2021
11	Tiene conformado el Comité de Convicencia Laboral?. Establecer fecha de conformación. (Ley 1010 de 2006. Decreto 231 de 2006. Resolución 734 de 2006. Resolución 652 de 2012. Resolución 1356 de 2012).	D	0	Desactualizado 01-05-2021
12	El establecimiento cuenta con plan de emergencias?. Establecer fecha. (Ley 9 de 1979 (art. 93, 94, 96, 114, 116). Resolución 1016 de 1989 (art. 11, numeral 18 y art. 14, numeral 11)).	D	0	Desactualizado 01-05-2021
13	Cuenta con un plan de capacitación anual en promoción de la seguridad y salud en el trabajo y prevención de riesgos laborales. Establecer fecha. (Ley 9 de 1979 (art. 84, literal g), Decreto 614 de 1984 (literal e y f del art. 24). Decreto 1016 de 1989 (art. 14, nuemral 9)).	D	2	Actualizado 19-04-2022
14	Están establecidos los elementos de protección individual - EPI nesecarios pas la actividad económica y los operarios están dotados y usan los EPI requeridos . Verificar la relación discriminada. (Ley 9 de 1979 (art. 122, 123). Resolculón 1016 de 1989 (art. 14, numeral 5)).Ley 9 de 1979 (art. 122, 123). Resolculón 1016 de 1989 (art. 14, numeral 5)).	DV	2	EPI -> .Guantes -tapabocas - Careta - Equipo Aseo
15	Los empleados cuentan con éxamen médico de ingreso, periódico y de retiro?. (Decreto 1016 de 1989 (art. 14, nuemral 10). Resolución 2346 de 2007. Resolución 1918 de 2009).	D	0	No se Evidencia
16	Existen equipos e implementos de seguridad (extintores, campanas extractoras de aire, barandas, botiquín de primeros auxilios en funcionamiento y bien ubicados, etc). (Ley 9 de 1979 (art. 116 y 127)).	V	2	Extintores Mayo 2023 Botiquin vigente
17	Existe el procedimiento escrito sobre la investigación de incidentes y accidentes de trabajo y éste es implementado?. (Resolución 1401 de 2007. Ley 1562 de 2012 (art. 11, numeral 1, literal g)).	D	2	Implementado Por Escrito
18	Existen indicadores de Accidentes e incidentes de Trabajo, Enfermedades Laborales, ausentismo laboral e incapacidades?. (Ley 9 de 1979 (art. 84, literal e). Decreto 614 de 1984 (literal d del art. 24). Resolución 1016 de 1989 (art. 14, numeral 6 y 7)).	D	2	No se han Presentado Accidentes

1172

19	Existen protocolos para manejo de factores de riesgo. son conocidos por los trabajadores?. Establecer cuáles. (Código Sustantivo del Trabajo-CST (art. 108 Literal 11). Ley 9 de 1979 (art. 90-97). Resolución 2400 de 1979. Decreto 614 de 1984. Decreto 1295 de 1994).	D	0	No Cuenta Con Indicadores			
20	Se tienen documentados programas de vigilancia epedemiológica conforme a los factores de riesgo prioritarios?. (Ley 1562 de 2012 (art. 11 numeral 1, literal f)).	D	2	Acualizado			
21	El establecimiento tiene contratado trabajadores con discapacidad?. En caso afirmativo indique cuántos?. (Ley 361 de 1997).	DV	2	No Tiene			
22	El establecimiento tiene contratados menores de edad con las respectivas autorizaciones por parte del Ministerio del Trabajo?. (Ley 704 de 2001. Ley 1098 de 2006 (art. 20, 113-118). Resolución 1677 de 2008).	DV	2	No Tiene			
23	Cuenta con listado de materias primas y sustancias empleadas con sus respectivas fichas de seguridad?. (Resolución 1016 de 1989 (art. 14, numeral 1).	D	0	Maneja Hipoclorito, Detergente ARO No Lista, ni Ficha de seguridad			
24	Se evidencian los resultados de las inspecciones de seguridad periódicas internas?. (Resolución 1016 de 1989 (art. 14, numeral 8)).	D	2	Se Evidencia Por Escrito Inspecciones Periódicas			
*	Tipo: D:verificaciódocumental; V:verificación visual al momento de la visita.	48	26	Porcentaje Obtenido	54.16	Nivel de Riesgo	Critico Alto

Las calificaciones otorgadas se ciñen a las siguientes consideraciones, Cumple: 2 - No cumple: 0 - No observado (al momento de la visita): NO - No aplica (para el tipo de establecimiento seleccionado) NA.

OBSERVACIONES

Tiene un nivel de riesgo Alto, debido a que no Cumple Con todos los Estandares del SG-SST

RECOMENDACIONES

Dar Cumplimiento a los Estandares Calificados en 0

EXIGENCIAS

Cumplir Con SG-SST Conforme a la 0312 de 2019

Expedida por el MinTrabajo

Se deberán intervenir todas aquellas variables con calificación 0 : no cumple y 1: cumple parcialmente, ademas de presentar los documentos de soporte de protocolos y actividades desarrolladas.

De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, especialmente la ley 9 de 1979 y su reglamentación, ADEMAS DE LAS COMPETENCIAS DE LA LEY 715 DE 2001 para el cumplimiento de las anteriores exigencias se concede un plazo de 30 días

En caso de incumplimiento se procederá a realizar el respectivo reporte a la Dirección Territorial de Risaralda del Ministerio del Trabajo

CONCEPTO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO: De la calificación de las variables revisadas al momento de la visita, y la verificación de los soportes documentales requeridos se tiene que para el acta general para la verificación de las condiciones sanitarias seria:

X	CONCEPTO	OBSERVACIONES
	FAVORABLE	Cumple totalmente las condiciones de seguridad y salud en el Trabajo.
X	PENDIENTE	Se dejan exigencias contenidas en el respectivo plan de mejoramiento y se fija plazo para su cumplimiento. PLAZO: 30 días.
	DESFAVORABLE DEFINITIVO	No admite exigencias. Se procede a aplicar medidas sanitarias de seguridad.

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 20__ en el municipio de _____ - Risaralda.

De la presente acta se deja copia (____ folios) en poder el interesado, representante legal, responsable del establecimiento quien atendió la visita como notificado de la situación encontrada y descrito para los fines pertinentes.

NOTA 1. 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 LA ENTIDAD QUE REALIZA LA VISITA: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	
Firma: Hubert. Calle A.	Firma:
Nombre: Hubert Alejandro Calle A	Nombre:
C.C: 18533288	C.C:
Cargo: T.S.A. Contratista	Cargo:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
Firma: Laura Alvarez Cruz	Firma:
Nombre: Laura Vanessa Alvarez Cruz	Nombre:
C.C: 1088019325	C.C:
Cargo: Administrador	Cargo:

DOCUMENTOS ANEXOS A LA PRESENTE ACTA

No	DOCUMENTO	FISICO/ MAGNETICO		ENTIDAD
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

LISTADO DE ACCIONES REALIZADAS POR OTROS ENTES DE CONTROL DURANTE EL ÚLTIMO AÑO			
No	DOCUMENTO: ACTA DE VISITA, RESOLUCIÓN, ESPECIFICAR	ENTIDAD	MOTIVO: DESCRIBA EL MOTIVO, LOS PLAZOS, EL CONCEPTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

1174

La salud es de todos | Minsalud

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS DE VIVIENDA TRANSITORIA

RISARALDA

CIUDAD: Apía | FECHA: 07 día / 06 mes 2022 | ACTA N°: 66-045-02-EE-84-2022

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hotel		Aparta hotel		Complejo Turístico		Hostal	
Residencias		Hospedería		Centro Vacacional		Posadas	
Campamentos		Alojamientos	X	Moteles		Amoblados	
Campamentos		Otro					

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Laura Vanesa Alvarez Cruz

*CÉDULA / NIT: 1088019325 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 6604510880193 25

*NOMBRE COMERCIAL: Alojamiento Las Horas La María

*DIRECCIÓN: Vereda La María - Estación Samaria | MATRICULA MERCANTIL: 18177768

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

Barrio | Vereda: La María | Comuna | Localidad

Sector | Corregimiento | Caserío | UPZ

Otro | Cuál:

TELÉFONOS: 3226181471 | CORREO ELECTRÓNICO: laurs2394@hotmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO/ REP LEGAL: Laura Vanesa Alvarez

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. | C.E. | NIT X | *Número de documento: 1088019325-3

*NOMBRE DEL ADMINISTRADOR: Laura Vanesa Alvarez

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. X | C.E. | NIT | *Número de documento: 1088019325

CORREO ELECTRÓNICO: laurs2394@hotmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Vereda La María Estación de Samaria

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

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: laurs2394@hotmail.com

*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apía

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D - 6Am - 6Pm | Nº DE TRABAJADORES: Admón. 1 | Operativos 1

Nº DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS LABORALES: 2

Nº DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: 2

CÓDIGO CIIU: SI | NO X | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: Alojamiento Hospedaje

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO: Numero de Habitaciones: 9 | Numero de Salones de Eventos: 0

Numero de Estructuras Acuaticas (piscinas, jacuzzis): 0 | Numero de Restaurantes: 0

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:

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)	X		Establecido
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a la autoridad ambiental)		X	N/A
Hojas de Seguridad de las sustancias empleadas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979)(Art 8 ley 55 de 1993)		X	No Establecido
Manifiesto de recolección de residuos por gestor, Actas de tratamiento y disposición final aplica para ámbito de aplicación decreto 351 de 2014		X	N/A
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)		X	N/A
En caso de que el servicio de lavanderia sea tercerizado presentar contrato, concepto sanitario de la empresa con que se tiene contratado el servicio		X	N/A
Si se requiere 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		Vigente

1. CONDICIONES LOCATIVAS SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1.1 CONDICIONES LOCATIVAS Y AREAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, plantas de beneficio, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.2	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)	2	1	0		
1.3	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos, impermeables de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
1.4	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores son accesibles cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		
1.5	El establecimiento cuenta con puertas de salida suficientes y de caracteristicas apropiadas para facilitar la evacuación del personal en caso de emergencia o desastre, las cuales no podrán mantenerse obstruidas o con seguro durante las jornadas de trabajo. Las vías de acceso a las salidas de emergencia estarán claramente señalizadas (Art 96 Ley de 1979)	3	1.5	0		Solo una Puerta de ingreso y Salida
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	2	1	0		
1.7	Las áreas de circulación deberán estar claramente demarcadas, tener la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y estar provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes (Art 93 ley 9 de 1979) , Los corredores internos se cumple con las disposiciones establecidas en el (Art 46 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		
1.8	Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas están diseñados, construidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (art 117 de la Ley 9)	3	1.5	0		
1.9	La ventilación natural y artificial es adecuada para el uso.(Art 196 y 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.10	La iluminación natural y artificial 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 25 % del total del acta

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,huespedes, visitantes y población con discapacidad (inodoros lavamanos y Ducha). Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 188 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
2.2	En las habitaciones el mobiliario se encuentran en buen estado y en condiciones optimas de limpieza y aseo.(Art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
2.3	La ropa de cama, lenceria, cortinas, persianas se encuentra en buenas condiciones de aseo y limpieza, así como en buen estado (Art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
2.4	Los colchones y almohadas están en buen estado de aseo y limpieza, cuentan con elementos para la protección de fluidos corporales en caso de derrame.(Art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
2.5	Los baños de habitaciones el material es de fácil limpieza y desinfección, se encuentran en buen estado, aseados y dotados con elementos de aseo personal. (Art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5	0		Faltan Algunos elementos aseo
2.6	Si cuenta con zonas húmedas estas son de fácil limpieza y desinfección, se encuentran en buen estado y aseadas (Art 207 ley 9 de 1979)	2	1	0		No cuenta Con zonas humedas Adicionales
2.7	Las habitaciones y baños cuentan con contenedores para la segregación de los generados (Art 199 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
2.8	El aire acondicionado de las habitaciones se encuentra en buen estado, en condiciones de aseo y limpieza y con mantenimiento permanente	2	1	0		No cuenta Con aire acondicionado
2.9	Disponer de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito.	1	0.5	0		
2.10	El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones, equipo y lencería documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	3		0		C
2.11	Los artículos para los huéspedes se en cuentan en buenas condiciones, así como los alimentos y bebidas son almacenados en buenas condiciones que cumplen con las fechas de caducidad y rotulado	2	1	0		No se almacenan Bebidas ni alimentos
2.12	En el área de lavandería se cuenta con las áreas separadas, los equipos, maquinarias y herramientas en buen estado y se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo (Art 91, Art 112 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

ITEM	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 alternativos	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso de agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0		C
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo (Art 175 y 176 Ley 9 de 1979)	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 Adicional
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 conectadas al sistema alcantarillado u otro sistemas alternativos. (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 (Art 177 Ley 9 1979)	3	1.5	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con plan de gestión integral de residuos no peligrosos y peligrosos documentado e implementado (tener presente en los objetos de IVC aquellos que estén en el ámbito de aplicación del artículo artículo 2.8.10.2 decreto 780 de 2016)	3	1.5	0		No se encuentra Documentado
3.3.2	Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979) ((Resolución 1164 de 2002-.MPGIRH,Numeral 7.2.6)	2	1	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. (Art 198 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
	3.4 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 79)	2	1	0		
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	4		0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 63 % del total del acta

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTION DEL RIESGO

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	3	1.5	0		
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		No cuenta Con Alarma
4.4	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		
4.5	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 240 de ley 9 de 1979)	2	1	0		
4.6	El establecimiento cuenta con un área para el almacenamiento seguro de sustancias químicas empleadas. (Art 121 de ley 9 de 1979) y estas se encuentran rotuladas e identificadas	2	1	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 15 13 % del total del acta

5. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Prevalente)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
0.0 83	FAVORABLE	95%-100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	✓ 50%-94%	
	DESFAVORABLE	< 49,9%	

6. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	0
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

7. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

En General Hay Buen Manejo de Higiene y Orden
Faltan Algunos Procesos Documentados

Por parte del Establecimiento:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD PREVENTIVA (SI O 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 enfermedades		

Nº DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HABILES PLAZO	30
FECHA INICIO PLAZO	03-06-2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	15-07-2022

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 _____ 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: Hugo A. Calla A.	FIRMA:
NOMBRE: Hugo Alejandro Calla A.	NOMBRE:
CÉDULA: 18533288	CÉDULA:
CARGO: T.S.A. Contratista	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:	
FIRMA: Laura Alvarez Cruz	FIRMA:
NOMBRE: Laura Vanessa Alvarez Cruz	NOMBRE:
CÉDULA: 1088019325	CÉDULA:
CARGO: Administrador	CARGO:
INSTITUCIÓN: Alojamiento por horas la maña	INSTITUCIÓN:

VISITAS AAT, COOPGACOR, ALIJAMIENTO POR HORAS LA MARÍA, 02-06-2022

