La salud es de todos | Minsalud

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD DEL CAQUETÁ
FORMATO DE INSCRIPCION
OBJETOS DE INSPECION, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

FECHA (dd/mm/aa) 2024/12/07 — NUMERO DE INSCRIPCION 01

1. IDENTIFICACION DEL OBJETO

CARCELARIOS		VIVIENDA PERMANENTE		VIVIENDA TRANSITORIA	
INDUSTRIALES		DE ESPECTACULO PÚBLICO		DIVERSION PÚBLICA	
HOSPITALARIOS Y SIMILARES		COMERCIALES	X	EDUCATIVOS	
CUARTELARIOS		ACUEDUCTOS		PUNTOS DE ENTRADA, TERMINALES PORTUARIOS Y ACTIVIDADES CONEXAS	

NOMBRE COMERCIAL DEL OBJETO: Cacharrería Rivera

DEPARTAMENTO: Caquetá — MUNICIPIO: Puerto Rico

Barrio [ ] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [X] Caserío [ ] UPZ [ ] Otro [ ] Cual: Río Negro

DIRECCIÓN: Calle principal - Centro - Rionegro

TELEFONO: 3125723297

2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PROPIETARIO

PERSONA NATURAL [X] — PERSONA JURIDICA [ ]

PRIMER APELLIDO: Rivera — SEGUNDO APELLIDO: Cotín — NOMBRES: Salvador

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] — NUMERO DE DOCUMENTO: 5'255.899

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cacharrería Rivera calle principal Centro Rionegro

TELÉFONOS: 3125723297

CORREO ELECTRÓNICO: No tiene

AUTORIZA A NOTIFICAR: SI [ ] NO [X]

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [X]

Fecha de última inspección: dia mes año — Ultimo concepto sanitario emitido: —

3. DURACION Y TIEMPO DESTINADO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

3.1 Días de la semana destinados para la ejecución del trabajo		para ejecutar el trabajo															
		Jornada Laboral - Turno 1								Jornada Laboral - Turno 2							
Días de la semana		HH	:	MM		HH	:	MM		HH	:	MM		HH	:	MM	
3.1.1	Lunes	7:00 Am - 7:00 pm															
3.1.2	Martes	7:00 Am - 7:00 pm															
3.1.3	Miercoles	7:00 Am - 7:00 pm															
3.1.4	Jueves	X															
3.1.5	Viernes	X															
3.1.6	sabádo	X															
3.1.7	Domingo	X															

4. DATOS DEL PROPIETARIO		RESPONSABLE ENTIDAD DE SALUD TERRITORIAL	
NOMBRE	Salvador Rivera	NOMBRE	Cristian Gustavo Gomez
CÉDULA	5255899	CÉDULA	1'676.89.353
CARGO	Propietario	CARGO	Tec. Saneamiento
TELEFONO	317 572 3297	TELEFONO	3214012215

Powered by CamScanner

La salud es de todos — Minsalud

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

CIUDAD: Rio Negro | FECHA: 07/12/22 (día / mes / año) | ACTA N°: 01

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

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

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria de Salud Departamental

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* Campo obligatorio

*RAZON SOCIAL: Salvador Rivera Cutio
*CÉDULA / NIT: 5'255.899.
*NOMBRE COMERCIAL: Cacharreria Rivera.
*DIRECCIÓN: Calle Principal Centro Rio Negro | MATRICULA MERCANTIL: No Registra
*DEPARTAMENTO: CAQUETA | *MUNICIPIO: Puerto Rico
Barrio: | Vereda: | Comuna: | Localidad:
Sector: | Corregimiento: X | Caserio: | UPZ:
Otro: [ ] Cuál: Rio Negro
TELÉFONOS: 312 577 3297 | CORREO ELECTRONICO: No Tiene.
CORREO ELECTRÓNICO: No Tiene.
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Salvador Rivera Cutio
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 5'255.899.
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Salvador Rivera Cutio.
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 5'255.899
CORREO ELECTRÓNICO: No Tiene.
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Calle Principal Centro Rio Negro
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [ ] NO [X]
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: No Tiene.
*DEPARTAMENTO: CAQUETA | *MUNICIPIO: Puerto Rico
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7:00 AM - 7:00 pm | N° DE TRABAJADORES: 2
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES: 0
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: 0
CÓDIGO CIIU: SI [ ] NO [X] | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: No Registra

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 ULTIMA 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 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 publica 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	
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.		X	

Powered by CamScanner

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

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

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (Inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	8	5	0		no cuento con programa de limpieza y desinfection
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				17%		La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo	2	1	0		suministro agua por medio de bomba desde pozo profundo
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0		Agua no potable CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
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		
	3.2 MANEJO Y DISPOSICION DE VERTIMIENTOS	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos liquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red publica al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de liquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberias y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	2	1	0		

Powered by CamScanner

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Se pone en conocimiento del propietario los hayazgos encontrados y relacionados en este acta en las paginas 2 y 3, para que realice el cumplimiento de estos.

Por parte del Establecimiento:

VII. 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 a transmisora de enfermedades
- ☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DIAS HABILES PLAZO	45 dias
FECHA INICIO PLAZO	07/12/2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	22/01/2023

IX. 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 07 del mes de 12 del año 2022 en la Ciudad de Rio Negro

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:	FIRMA:
NOMBRE: Cristian Gomez	NOMBRE:
CÉDULA: 1'689.353.	CÉDULA:
CARGO: Tec. Saneamiento	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria De Salud Departamental De Caqueta	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:	
FIRMA: Salvador Rivera	FIRMA:
NOMBRE: Salvador Rivera	NOMBRE:
CÉDULA: 5755494	CÉDULA:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:
CARGO: propietario	CARGO:

Powered by CamScanner