La salud es de todos | Minsalud

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

FECHA (año/mes/día) 06/12/2022 — 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: Banco Agrario - Corresponsal

DEPARTAMENTO: Caquetá — MUNICIPIO: Puerto Rico

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

Otro [ ] Cual: Rio 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: Cautin — NOMBRES: Salvador

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION — C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] — NUMERO DE DOCUMENTO: 5.255.899

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Calle principal Centro Rio Negro

TELÉFONOS: 3125723297

CORREO ELECTRONICO: No registra

AUTORIZA A NOTIFICAR — SI [ ] NO [X]

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

(Estas casillas deberán ser diligenciadas por la Entidad Territorial de Salud)

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

Fecha de última inspección: ~~día/mes/año~~ — Ultimo concepto sanitario emitido: no

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	X	8 : 00		11 : 45 Am		2 : 00 pm		5 : 00 pm	
3.1.2	Martes	X	8 : 00		11 : 45 Am		2 : 00 pm		5 : 00 pm	
3.1.3	Miercoles	X	8 : 00		11 : 45 Am		2 : 00 pm		5 : 00 pm	
3.1.4	Jueves	X	8 : 00		11 : 45 Am		2 : 00 pm		5 : 00 pm	
3.1.5	Viernes	X	8 : 00		11 : 45 Am		2 : 00 pm		5 : 00 pm	
3.1.6	sabádo	X	8 : 00		:		:		:	
3.1.7	Domingo	X	8 : 00		:		:		:	

4. DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE:	Salvador Rivera
CÉDULA:	5255899
CARGO:	Propietario
TELEFONO:	3125723297

RESPONSABLE ENTIDAD DE SALUD TERRITORIAL

NOMBRE:	Cristian Gomez
CÉDULA:	17689.353
CARGO:	Tec. Saneamiento
TELEFONO:	3214012215

Powered by CamScanner

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

CIUDAD: Rio Negro | FECHA: 06/12/22 | ACTA N°: 01

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [ ] Establecimientos de Espectaculo Publico [ ] Establecimientos de Diversión Pública [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria de Salud Departamental.

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Salvador Rivera Cautin

*CÉDULA / NIT: 5'255.899.

*NOMBRE COMERCIAL: Corresponsal Banco Agrario

*DIRECCIÓN: Calle principal Centro Rionegro | MATRICULA MERCANTIL: NO registra

*DEPARTAMENTO: CAQUETA | *MUNICIPIO: puerto Rico

Barrio | Vereda | Comuna | Localidad

Sector | Corregimiento: X | Caserío | UPZ

Otro [ ] Cuál: Rio Negro

TELÉFONOS: 3125723297 | CORREO ELECTRONICO: No registra

CORREO ELECTRÓNICO: No registra

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Salvador Rivera Cautin

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NIT [ ] *Número de documento: 5'255.899

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Salvador Rivera cautin

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NIT [ ] *Numero de documento: 5'255.899

CORREO ELECTRÓNICO: No registra

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Calle Principal centro Rio Negro

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

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: No Registra

*DEPARTAMENTO: CAQUETA | *MUNICIPIO: puerto Rico

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 8:00 Am - 5:00pm. | N° DE TRABAJADORES: 1

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 ULTIMA INSPECCIÓN	dia/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 PUBLICA		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 continue 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		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)		X	
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 fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	(4)	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	(4)	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	(4)	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores,,reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas especificas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión (Art 117 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos 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)		No Cumple.
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros) (art 207 ley 9 de 1979)	6	(3)	0		NO. Cuenta con programa de limpieza y desinfección CR
2.3	Los elementos y productos quimicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	(4)	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				7	%	La calificación del bloque corresponde al 70 % 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	X	El coreagimiento No cuenta con acueducto, solo algibe
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)		No Cumple.
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 DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos liquidos 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 liquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	(2)	1	0		

Powered by CamScanner

	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado.	2	1	(0)		No cumple.
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	3	(1.5)	0		Deba mejorar el almacenamiento
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores	2	(1)	0		Deba mejorar recipiente.
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	2	1	(0)		No cumple.
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	(5)		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				17.5%		La calificación del bloque corresponde al ___30___% 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)	4	2	(0)		No cumple.
4.3	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 de 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	(0)		No cumple
4.4	El establecimiento tiene alarma de emergencia (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	(0)		No cumple
4.5	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto luminica y pasamanos (Art 48 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0	X	
4.6	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	(0)		No cumple.
4.7	Existe botiquin de primeros auxilios (Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	(0)		No cumple.
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				3	%	La calificación del bloque corresponde al ___20___% 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
57.5%0,0	FAVORABLE	95%-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	(50%-94%)
	DESFAVORABLE ✓	< 49.9%

En caso que una o más de las especies a evaluar sea identificada como "crítica", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (HC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NUMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	
NUMERO 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

2.1 - 2.2 - 3.1.2 - 3.1.3 - 3.3.1 - 3.3.2 - 3.3.3 - 3.4.1 - 4.1 - 4.3 - 4.4 - 4.6 - 4.7

Powered by CamScanner

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Se recomienda dar cumplimiento con los hayazgos encontrados.

Los hayazgos son relacionados en cada punto de las paginas 2 y 3 de esta acta.

Por parte de 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 HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	45 días
FECHA INICIO PLAZO	06/12/2022
FECHA LIMITE DE PLAZO	20/02/2023

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 06 del mes de 12 del año 2022 en la Ciudad de Las Brisas.

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: [redacted] Cristian Gomez	NOMBRE:
CÉDULA: [redacted] 1.689.353.	CÉDULA:
CARGO: [redacted] Tec. Saneamiento	CARGO:
INSTITUCIÓN Secretaria De Salud Departamental De Caquetá	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Salazar Rivera	FIRMA:
NOMBRE: Salazar Rivera	NOMBRE:
CÉDULA: 6235899	CÉDULA:
INSTITUCIÓN: (CACL)	INSTITUCIÓN:
CARGO: (Cargo propietario)	CARGO:

Powered by CamScanner