	ACTA DE INSCRIPCIÓN OBJETOS DE IVC PROGRAMA DE SUJETOS VARIOS	Código: SA-F-22
ALCALDÍA DE JAMUNDÍ		Fecha actualización: 13/08/2021
		Versión: 1

N°ACTA DE INSCRIPCIÓN NOM0035H **FECHA** 30- NOV- 2021.

OBJETOS DE INSCRIPCIÓN

Vivienda Transitoria	☐	Carcelarios	☐	Diversión Pública	☐
Industriales	☐	Espectáculo Público	☐	Educativos	☐
Hospitalarios y Similares	☐	Comerciales	☐	Transporte de servicio público, oficial y escolar	☐
Vivienta Permanente	☒	Cuartelarios	☐		
Otro	☐	Cual			

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

RAZON SOCIAL: fundación gerontológica. Experiencias Maravillosas.

NIT: 900596355-1

NOMBRE COMERCIAL: fundación gerontológica. Experiencias Maravillosas

Barrio | Vereda | Comuna | Localidad

Sector | Corregimiento: San Isidro. | Caserio | UPZ

Otro ☐ Cuál:

DIRECCIÓN: corregimiento san Isidro.

TELÉFONOS: 3108900427 - 3146135916.

CORREO ELECTRÓNICO *: funexperienciasa@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ Número de documento

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: fabiola Gamboa Andrade

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ Número de documento: 38942251.

CORREO ELECTRÓNICO: fabiolagamboa360@gmail.com.

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACION ELECTRONICA: SI ☐ NO ☐

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: funexperienciasa@gmail.com.

DEPARTAMENTO: Valle del cauca. MUNICIPIO: Jamundí.

CODIGO CIIU: 9499 - 8730.

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRACTICA DE PRUEBAS/ PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS	
OTRO		Especifique:			

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

DESCRIPCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

9499 → Asociaciones.

8730 → Actividades de atención en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Jamundí. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio.

	ACTA DE INSCRIPCIÓN OBJETOS DE IVC PROGRAMA DE SUJETOS VARIOS	Código: SA-F-22 Fecha actualización: 13/08/2021 Versión: 1

FIRMA DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 30 del mes de Noviembre del año 2021. en el municipio de Jamundí.

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

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: Santiago Vidal Sánchez	FIRMA: Mary Jamin Moreno Zuñiga.
NOMBRE COMPLETO: Santiago Vidal Sánchez	NOMBRE COMPLETO: Mary Jaimin Moreno Zuñiga.
CÉDULA: 1.112486.528	CÉDULA: 29.111.329.
CARGO: Prof. de apoyo	CARGO: Aux Administrativa
INSTITUCIÓN: SEC. Salud	INSTITUCIÓN: Sec. Salud Jamundí.
POR PARTE DEL OBJETO INSPECCIONADO O VIGILADO	
FIRMA: Fabiola	FIRMA:
NOMBRE COMPLETO: Fabiola Gamboa A	NOMBRE COMPLETO:
CÉDULA: 38942251	CÉDULA:
CARGO: Representante legal	CARGO:
INSTITUCIÓN: Fun Geriontológico Exp Morariba	INSTITUCIÓN:
TESTIGOS DE LA VISITA DE INSPECCION Y/O VIGILANCIA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Jamundí. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio.

	ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO A HOGARES GERIÁTRICOS	Código: SA-F-17
		Fecha actualización: 13/08/2021
		Versión: 1

CIUDAD: JAMUNDÍ | FECHA: 30- NOV-2021 | ACTA N°: AMJM.0031+.

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZÓN SOCIAL: fundación gerontológica Experiencias Maravillosas

*CÉDULA / NIT: 900596355-1. | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 13650-50

*NOMBRE COMERCIAL:

*DIRECCIÓN: Corregimiento San Isidro | MATRICULA MERCANTÍL:

*DEPARTAMENTO: Valle del Cauca. | *MUNICIPIO: Jamundí.

Barrio: | Vereda: | Comuna: | Localidad:

Sector: | Corregimiento: | Caserío: | UPZ:

Otro: | Cuál:

TELÉFONOS: | CORREO ELECTRÓNICO:

NOMBRE DEL PROPIETARIO / REP LEGAL: Fabiola Gamboa Andrade.

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Numero de documento: 38942251.

*NOMBRE DEL DIRECTOR:

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

CORREO ELECTRÓNICO: fabiolagamboa365@gmail.com.

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:

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

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:

*DEPARTAMENTO: Valle del Cauca. | *MUNICIPIO: Jamundí.

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: Lunes - Domingo. | N° DE TRABAJADORES: Admón. 1 | Operativos 5

24*7

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS LABORALES: Si

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Si.

CÓDIGO CIIU: SI [X] NO [ ] | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: 8730.

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: Numero de Habitaciones: 12.

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN		TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N°ACTA DE ÚLTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS O PENDIENTE		
			DESFAVORABLE		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	
OTRO		Especifique:			

NÚMERO 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 "C" 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 (Marque con una X)

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		Actualizar año 2021.
Hojas de Seguridad de las sustancias empleadas labores de limpieza y desinfección y mantenimiento (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979)(Art 8 ley 55 de 1993)		X	
El hogar cuenta con concepto sanitario , de acuerdo con la Resolución 2674 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social o norma que la modifique o sustituya, independiente de si los alimentos son preparados en el Centro o suministrados por proveedor.	X		
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	
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a la autoridad ambiental)		X	

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Jamundí. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio.

	ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO A HOGARES GERIÁTRICOS	Código: SA-F-17
		Fecha actualización: 13/08/2021
		Versión: 1

I. CONDICIONES LOCATIVAS,SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. 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, n 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	1	0		Zonas verdes con empozamiento de aguas lluvias.
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)	3	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	0.5	0		Canales de desagüe con obstrucción.
1.4	La ventilación natural y artificial es adecuada para el uso.(Art 196 y 197 Ley 9 de 1979)	2	0.5	0		
1.5	La iluminación natural y artificial es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	2	0.5	0		
1.6	El establecimiento cuenta con un ambiente para comedor, contiguo al servicio de cocina, destinado a la toma de los alimentos, suficiente para albergar simultáneamente como mínimo el cincuenta por ciento (50%) de los residentes	3	0.5	0		
1.7	El establecimiento cuenta con cocina con los siguientes ambientes: para recepción, almacenamiento de víveres secos, refrigeración para víveres perecederos, despensa diaria, preparación, cocción y distribución de alimentos con cumplimiento de normatividad vigente para inocuidad de alimentos	3	1	0		
1.8	Las escaleras, rampas son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	5	1	0		
1.9	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	0.5	0		
1.10	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 do 1985)	2	0.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			24,5%			La calificación del bloque corresponde al ___30___ % del total del acta

2.CONDICIONES SANITARIAS Y DE DORMITORIOS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta , 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 la población beneficiaria (inodoros lavamanos y Ducha). (Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 188 Ley 9 de 1979)	3	0.5	0		
2.2	Las habitaciones cuentan con iluminación y ventilación natural adecuada y suficiente, espacio adecuado para desplazamiento de las personas según su autonomía. (Art 196 Y 197 Ley 9 de 1979)	1	0.5	0		
2.3	Las habitaciones están diseñadas para albergar un mínimo de personas para la cual fue diseñada (Art 171 ley 9 de 1979)	1	0.5	0		
2.4	En las habitaciones el mobiliario esta compuesto por guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochero por cama, se encuentran en buen estado y en condiciones optimas de limpieza y aseo.	1	0.5	0		
2.5	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	0.5	0		
2.6	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	0.5	0		
2.7	Los baños utilizados por los beneficiarios, se encuentran en buen estado y aseados (Art 207 ley 9 de 1979)	1	0.5	0		
2.8	Las habitaciones y baños cuentan con contenedores para la segregación de los generados(Art 199 Ley 9 de 1979)	1	0.5	0		
2.9	Dispone de un ambiente independiente con pocela o unidades para lavado y desinfección de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. (Art 207 ley 9 de 1979)	3	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)	1	0.5	0		Falta documentar el programa.
2.11	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	0.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			19,5%			La calificación del bloque corresponde al ___20___% del total del acta

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Jamundí. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio.

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)	1	0.5	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso de agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4	0.5	0		
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.)	3	0.5	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 2006)	2	0.5	0		1. Alcaber
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 2006)	2	0.5	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)	3	0.5	0		Pozo Aseptico
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 publica 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)	2	0.5	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con plan de gestión integral de residuos solidos documentado e implementado	2	0.5	0		
3.3.2	Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979)	3	0.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos (Art 199 Ley 9 de 1979)	2	0.5	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)	1	0.5	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)	2	0.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		23,5%				La calificación del bloque corresponde al ___30___% del total del acta

4. PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES - GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	1	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 Resolucion 14861 de 1985)	3	0.5			
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		
4.4	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolucion 14861 de 1985)	4	1			
4.5	Existe botiquin de primeros auxilios.(Art 240 de ley 9 de 1979)	4	1			
4.6	El establecimiento cuenta con un área para el almacenamiento seguro de sustancias químicas empleadas, y estas se encuentran rotuladas e identificadas (Art 121 de ley 9 de 1979)	3	0.5			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			14%			La calificación del bloque corresponde al ___20___% del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

81,5% % DE CUMPLIMIENTO

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

En caso que uno o mas de los aspectos a evaluar sea identificado como "critico" independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir sera de DESFAVORABLE, representacion de riesgo inminente a la salud publica con aplicacion de medida sanitaria (OS-AMS) y se procedera a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NUMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NUMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Jamundí. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio.

	ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO A HOGARES GERIÁTRICOS	Código: SA-F-17
		Fecha actualización: 13/08/2021
		Versión: 1

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

Realizar adecuaciones en los redes. obligados para. evacuar aguas lluvias.
Realizar mantenimiento a canales. de desague.
Documentar el programa de limpieza y desinfección
Documentar. el plan de. gestión integral de residuos. solidos.
Realizar adecuaciones a la zona. o área de almacenamiento de. residuos.
Documentar e implementar manejo integral de plagas.
Documentar e implementar plan de. gestión de. riesgos y desastres.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

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 enf
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación
- ☐ Captura y observación de animales sospechosos de
- ☐ Vacunación personas o animales
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Control de insectos u otra fauna
- ☐ Desocupación o desalojamiento de

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

¿SE TOMÓ MUESTRA? SI ☒ NO ☐ N° DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HÁBILES PLAZO	30 días.
FECHA INICIO PLAZO	30 - Nov - 2021.
FECHA LIMITE DE PLAZO	31 - Dic - 2021

IX. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 30 del mes de Noviembre del año 2021. en la Ciudad de Jamundí.

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		POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	Mary Ramin Moreno Zuñiga	FIRMA:	
NOMBRE COMPLETO:	Cristian Vidal Sánchez / Mary Ramin Moreno Zuñiga	NOMBRE COMPLETO:	
CÉDULA:	1112 406 538 / 29111329.	CÉDULA:	
CARGO:	Prof. de apoyo / Aux Administrativo	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	Sec - Salud / Sec Salud Jamundí	INSTITUCIÓN:	
FIRMA:	Habilitó	FIRMA:	
NOMBRE COMPLETO:	Fabiola Cambaa A	NOMBRE COMPLETO:	
CÉDULA:	38942[illegible]	CÉDULA:	
INSTITUCIÓN:	Ens Secretaría de Expresarte	INSTITUCIÓN:	
CARGO:	Representante legal	CARGO:	

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Jamundí. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio.