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 | Numero consecutivo: 66-045 02 I-01 190623

Fecha de diligenciamiento: 19 (Día) 06 (Mes) 2023 (Año) | No único de inscripción: 66 (Depto) ARI (Mpio) (Nº) (Prog) 21 (Año)

I. Información general:

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

Municipio (*): APIA | Programa (*): E.E | Zona (*):

Nombre del establecimiento: Hospedaje Granja San Isidro | Dirección: Cra 7B # 14-73 - Vereda Agualinda

Teléfono: 3207267908 | Email: granjasanisidroapia@gmail.com | NIT: 18530257-5

Representante legal: Luis Manuel Naranjo Torres | Identificación: 18530257

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 27 mes 06 Año 2019 | Antigüedad: 4 Años

Concepto sanitario: X S N No: 660450 1ACE 03 2021 | Concepto (*): Favorable | Fecha: 09 09 a 2022

II. Jornada laboral:

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

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

Número de trabajadores: 2 | Administrativos: 1 | Operarios: 1 | H 1 | 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: Nueva EPS | ARL X N | Cuál? SURA - Equidad.

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	X N	Especifique:	No 24917456	Fecha:	07 09 2021
Cámara de comercio:	X N	Especifique:	No 18165488	Fecha:	02 03 2023
Certificado de Bomberos:	X N	Especifique:	No 18530257	Fecha:	21 12 2023
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

Servicio Hospedaje Transitorio - Preparación Alimentos

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

Yodo - cloro - MyM - Detergentes - Amonio Cuaternario

Powered by CamScanner

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
Luis Manuel Naranjo T	M X F	18530257	Administrador
Gloria Inés Naranjo T	M X F	24912403	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:	Vigia SST:	S N
Cargo:	COPASST:	S N

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

Nombre:	Nombre:
Identificación:	Identificación:
Cargo:	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 mes año	Fecha:	Día Mes año
Nombre	Huber A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)	

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

v2.0 10/08/13

Powered by CamScanner

ACTA DE VISITA – DILIGENCIA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

66-045-02-RC-01-190623

En Apia, a los 19 días del mes de Junio de 2023, se hicieron presentes los funcionarios Huber Alejandro Calle A., de Secretaria Salud en el establecimiento denominado: Hospedaje Granja San Isidro, ubicado en la Cra 7B # 14-73, NIT 18530757-5 Teléfono: 3207267908 fax o correo electrónico granjasanisidroapia@gmail.com, con el fin de realizar Visita AAT. La visita fue atendida por Gloria Inés Naranjo, identificado con C.C 24412403 en calidad de Representante Establecimiento a quien se le informó el objeto de la visita.

OBJETIVO DE AL VISITA Visita Asesoria y Asistencia Técnica, Para La Preparación de Alimentos

ANTECEDENTES SI ☐ NO ☒

DESARROLLO DE LA VISITA (DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA)

Se realiza Visita AAT a la zona de Preparación de Alimentos de la Granja San Isidro, Se encuentra residuos de telaraña en techos, de igual forma se Evidencian Fisuras o Grietas en el Mezón el Cual tiene Contacto con los alimentos, Hay Evidencia de Presencia de Mosca Doméstica, Tambien Se Evidencia la Presencia de

Powered by CamScanner

invima

ACTA DE VISITA – DILIGENCIA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Algunos Utensilios de Madera como Cucharones y Cucharas

OBSERVACIONES

Se Recomienda: Tener el Programa de Manejo Integral de Plagas y Aplicarlo, además se recomienda reparar grietas en el Mezón de Contacto con Alimento. Se Recomienda no hacer Uso de Cucharas y Utensilios de Madera, Usar en teflon, acero Inoxidable, etc

Para constancia se firma por quienes intervinieron en la presente diligencia el día 19 del mes de Junio de 2023, de acuerdo a la normatividad sanitaria vigente.

Por la Entidad Territorial

Firma Huber A. Calle A.
Nombre Huber Alejandro Calle
Documento de identidad 18533288
Cargo T.S.A. Contratista

Firma _____
Nombre _____
Documento de identidad _____
Cargo _____

Responsable del establecimiento:

Firma _____
Nombre Gloria Holguin T.
Documento de identidad 24.612.403
Cargo 3183185874

Firma _____
Nombre _____
Documento de identidad _____
Cargo _____

Powered by CamScanner

invima

ACTA DE VISITA – DILIGENCIA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Anexo No. 1

Hacer Clasificación de los residuos sólidos de acuerdo al código de colores establecido B-V-N.

Se Recomienda Manejar los recipientes para residuos Con Tapa y Bolsa, ademas de Poner Bolsa, que el recipiente sea de facil lavado y resistente.

Se Sugiere Mejorar el asco y limpieza de algunos Espacios de Almacenamiento de Utencilios.

Powered by CamScanner

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD RISARALDA
ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARIA DE SALUD RISARALDA — FECHA: 2023-06-19

OBJETO DE INSPECCION Y VIGILANCIA SANITARIA

Vivienda Tradicional	X	Comercio		Ocupación Pública	
Industriales		Espectáculo Público		Educativos	
Hospitalarios y Similares		Comerciales		Transporte de servicio público oficial y escolar	
Puntos de entrada		Cementerios		Terminales portuarios tráfico internacional	
Establecimientos de Alimentos		Otro		Cual	

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INSPECCION Y VIGILANCIA

RAZON SOCIAL: Hospedaje Granja San Isidro
NIT: 1553025 7-5
NOMBRE COMERCIAL: Hospedaje Granja San Isidro
DEPARTAMENTO: RISARALDA — MUNICIPIO: SANTUARIO DE RISARALDA
Barrio: — Vereda: Aguatibia — Comuna: — Manzana: — Sector: — Caserío: — UPZ: — Otro: — Cual:
DIRECCIÓN: Cra 78 # 14-73, Vda Aguatibia
TELÉFONO(S): 3207267903
CORREO ELECTRÓNICO: granjasanisidroaguatibia@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Luis Manuel Naranjo Torres
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC [X] CE [ ] NIT [ ] — Número de documento: 1553025 7
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Luis Manuel Naranjo Torres
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC [ ] CE [ ] NIT [X] — Número de documento: 1553025 7-5
CORREO ELECTRÓNICO: granjasanisidroaguatibia@gmail.com
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACION ELECTRONICA: SI [ ] NO [X]
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA:
DEPARTAMENTO: RISARALDA — MUNICIPIO: SANTUARIO DE RISARALDA

IDENTIFICACIÓN DEL TRANSPORTE DE SERVICIO PUBLICO, OFICIAL, ESCOLAR, MIXTO Y PRIVADO

TIPO DE VEHICULO: PUBLICO [ ] OFICIAL [ ] ESCOLAR [ ] MIXTO [ ] PRIVADO/PARTICULAR [ ]
PLACA DEL VEHICULO:
NOMBRE DEL CONDUCTOR:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC [ ] CE [ ] Numero de documento:
TURNO: AM [ ] PM [ ] HORA:

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 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:

EVALUACIÓN

CUMPLE	Cuando cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar
NO CUMPLE	Cuando NO cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar
NO APLICA	Cuando el aspecto a verificar no corresponde al objeto a vigilar

ASPECTOS A INSPECCIONAR Y VIGILAR (Marque con una X)

ASPECTOS A VERIFICAR	DETALLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	DESCRIPCION	ACCION A REALIZAR
1. El establecimiento cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco	Prohibe el consumo de tabaco y sus derivados en el objeto de IVC incluyendo las áreas de atención al público y áreas de espera tales como terrazas, jardines aleros, parasoles entre otros	X				
	No puede contar con zonas de fumadores	X				
	No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados. Ej: ceniceros, fósforos, encendedores, presencia de colillas, entre otros	X				
2. El establecimiento cuenta con las siguientes señalizaciones (Artículo 2 y Artículo 20 Literal b de la Ley 1335 de 2009) 1. Señalización "Ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y 2. Señalización "Prohibida la venta de productos de tabaco y sus derivados a menores de edad"	La señalización contará con la siguiente información Frase: ***"Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"*** Dimensiones del aviso dependiendo del área **Opc 1**: áreas menores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 30 cm de largo * 15 cm de ancho **Opc 2**: áreas mayores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 50 * 35 cm El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje 240 y 300		X		No cuenta con la Señalización	Se le otorga plazo para la colocación de la señalización
	La señalización contara con la siguiente información Frase: ***" Prohibida la Venta de Tabaco, Cigarrillos y sus derivados a menores de edad "*** *Parágrafo 1. artículo 2. Este anuncio en ningún caso hará mención a marcas, empresas o fundaciones de empresas tabacaleras, ni empleará logotipos, símbolos, juegos de colores, que permitan identificar alguna de ellas*		X		No cuenta con la Señalización	

Powered by CamScanner

3. El establecimiento adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas que se encuentran fumando en el lugar. *Literal C. artículo 20 de la Ley 1335 de 2009*	Generar acciones como: pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el local o ponerse en contacto con la autoridad de policía	X				
4. El establecimiento cumple con las prohibiciones del uso de máquinas expendedoras o dispensadores mecánicos de productos de tabaco, en lugares y puntos de venta en los cuales hay libre acceso de los menores de edad. *Parágrafo 3 del Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009*	Se debe verificar que los productos de tabaco no sean accesibles desde los estantes al público sin ningún tipo de control			X		
5. El establecimiento cumple con las prohibiciones de toda forma de publicidad promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados. *Artículos 14, 15, 16 y 17 de la Ley 1335 de 2009*	Elementos promocionales o publicitarios tales como: Vallas, pancartas, murales, afiches, carteles o similares móviles o fijos relacionados con la promoción del tabaco y sus derivados. Exhibidores, elementos promocionales, entre otros	X				
6. Cumple con la prohibicion de venta por unidad de productos de tabaco y sus derivados. Parágrafo del artículo 3 de la Ley 1335 de 2009	A partir del 21 de Julio del 2011 quedó prohibida la venta por unidad de productos de tabaco o sus derivados			X		
7. El etiquetado y empaquetado que se encuentre en el establecimiento cumple con las disposiciones del *artículo 13 de la Ley 1335 de 2009* sobre advertencias sanitarias	Parágrafo 1°. Artículo 13. Ley 1335 de 2009. En todos los productos de cigarrillo, tabaco y sus derivados, se deberá expresar clara e inequívocamente, en la imagen o en el texto, según sea el caso y de manera rotativa y concurrente frases de advertencia y pictogramas, cuya rotación se hará como mínimo anualmente - 21 de Julio de cada año. Resolución 3961 de 2009 y Resolución 5914 de 2018			X		
8. El establecimiento cumple con la prohibición de vender productos de tabaco a menores de edad. *Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009*	No vende, ni permite el consumo de tabaco y sus derivados a menores de edad	X				
9 El establecimiento no vende cigarrillos en cajetillas menores de 10 unidades	Verificar que las cajetillas de cigarrillos sean de mínimo 10 unidades de Cigarrillos			X		
ASPECTOS A INSPECCIONAR O VIGILAR EN MEDIOS DE TRANSPORTE (Marque con una X)						
1. El medio de transporte cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco	Prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados dentro del vehículo					
	No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados					
2. Adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas cuando fuman al interior del vehículo	Generar acciones como: pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el vehículo o ponerse en contacto con la autoridad competente					
3. Cuenta con los avisos alusivos a los ambientes libres de humo. *Artículo 20 de la Ley 1335 de 2009*	Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados" Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho El material será adhesivo.					

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 19 del mes de Junio del año 2013 en la Ciudad de Apia

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

OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VISITA

Pebe Implementar la señalizacion Acorde Exigida

OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VISITA

Ninguna

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA			
NOMBRE	Gloria Inés Giraldo Márquez	NOMBRE	Nube A. Calle A.
CÉDULA	24.551.720	CÉDULA	18533288
CARGO	Técnico de Salud Ambiental	CARGO	T.S.A. Contratista
INSTITUCIÓN	Secretaría de Salud Departamental	INSTITUCIÓN	S.D.P
FIRMA		FIRMA	Nub. A. Call. A.

POR PARTE DEL OBJETO INSPECCIONADO O VIGILADO			
NOMBRE		NOMBRE	
CÉDULA		CÉDULA	
CARGO		CARGO	
INSTITUCIÓN		INSTITUCIÓN	
FIRMA		FIRMA	

TESTIGOS DE LA VISITA DE INSPECCION Y/O VIGILANCIA			
NOMBRE		NOMBRE	
CÉDULA		CÉDULA	
CARGO		CARGO	
INSTITUCIÓN		INSTITUCIÓN	
FIRMA		FIRMA	

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

ACTA DE VERIFICACIÓN ENTORNOS LABORALES SEGUROS Y SALUDABLES

(Empresas, empleadores y contratantes con 10 o menos trabajadores clasificados con riesgo I, II, III)

Versión: 0 | Vigencia: 03-2022

CIUDAD: Apia | FECHA: 2023-06-19 | ACTA N°: 66-045-02-RL-01-1903

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

*RAZON SOCIAL: Hospedaje Granja San Isidro
*NOMBRE COMERCIAL: Hospedaje Granja San Isidro
*CEDULA / NIT: 18530257-5 | MATRICULA MERCANTIL: 18165488
*DIRECCIÓN: Cra 7B # 14-73 - Vereda Agualinda
*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apia
Barrio: | Vereda: Agualinda | Comuna: | Localidad:
Sector: | Corregimiento: | Caserio: | UPZ:
Otro: | Cual:
TELÉFONOS: 3207267908 | CORREO ELECTRONICO: granjasanisidroapia@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO/REP LEGAL: Luis Manuel Naranjo Torres
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC [ ] CE [ ] NIT [X] | número de documento: 18530257-5
*NOMBRE DEL ADMINISTRADOR: Luis Manuel Naranjo Torres
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC [X] CE [ ] NIT [ ] | número de documento: 18530257
CORREO ELECTRÓNICO: granjasanisidroapia@gmail.com
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cra 7B-# 14-73 Vereda Agualinda
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN: SI [X] NO [ ]
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: granjasanisidroapia@gmail.com
*DEPARTAMENTO: Risaralda | *MUNICIPIO: Apia
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: V-D 8Am | ' DE TRABAJADORES: 2
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES: 2 | N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: 2
¿TIENE CÓDIGO CIIU? SI [X] NO [ ] | ESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: Hospedaje Transitorio
CLASIFICACION SEGÚN NATURALEZA O RE | PUBLICO [ ] | PRIVADO [X] | MIXTO [ ]

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	año / mes /día	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 INTERES EN SALUD PUBLICA		SOLICITUD DE PRACTICA 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 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
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. SITUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1	El establecimiento está legalmente constuido? (Ley 1801 de 2016)	(1)		0		— o —

Powered by CamScanner

2	Los trabajadores se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos 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)	7	0		— c —	
3	Dispone de una persona responsable del diseño del SG-SST?. Especifique nombre y cargo. (Resolución 0312 de 2019 - Capítulo I, artículo 3)	7	0		No Establecido	
4	El establecimiento ha elaborado y ejecutado el programa de capacitación en promoción y prevención, que incluya como mínimo lo referente a los peligros/riesgos prioritarios y las medidas de prevención y control?. (Resolución 0312 de 2019 - Capítulo I, artículo 3)	7	0		No se Evidencia	
5	El establecimiento ha elaborado el plan anual de trabajo del SG-SST firmado por el empleador o contratante, en el que se identifique como mínimo: objetivos, metas, responsabilidades, recursos y cronograma anual?. (Resolución 0312 de 2019 - Capítulo I, artículo 3)	7	0		No Elaborado	
6	Se realizan evaluaciones médicas ocupacionales de acuerdo con la normatividad y los peligros/riesgos a los cuales se encuentra expuesto el trabajador?. (Resolución 0312 de 2019 - Capítulo I, artículo 3).	6,5	0			
7	Existe la matriz de identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos con el acompañamiento de la ARL?. (Resolución 0312 de 2019 - Capítulo I, artículo 3).	6,5	0		No Se Evidencio	
8	El establecimiento cuenta con plan de prevención, preparación y respuesta ante 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))	6,5	0		No Se Evidencia	
9	El establecimiento realiza la entrega de elementos de protección personal - EPP, de acuerdo con el oficio u ocupación que desempeñasn los trabajadores y se capacitan sobre el uso adecuado de los mismos?. Verificar. (Ley 9 de 1979 (art. 122, 123). Resolcuión 1016 de 1989 (art. 14, numeral 5)). Ley 9 de 1979 (art. 122, 123).	6,5	0		— o —	
10	Existen equipos e implementos de seguridad (extintores, campanas extractoras de aire, barandas, botiquín de primeros auxilios en funcionamiento, etc?. Están bien ubicados? (Ley 9 de 1979 (art. 116 y 127))	6,5	0		— o —	
11	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.	6,5	0		No se Evidencia	
12	El establecimiento tiene contratado trabajadores con discapacidad?. En caso afirmativo indique cuántos. (Ley 361 de 1997).	6,5	0		— o —	
13	El establecimiento tiene contratados menores de edad con las respectivas autorizaciones por parte del Ministerio del Trabajo?. En caso afirmativo indique cuántos (Ley 704 de 2001. Ley 1098 de 2006 (art. 20, 113-118). Resolución 1677 de 2008).	6,5	0		— o —	
14	Cuenta con listado de materias primas y sustancias empleadas con sus respectivas fichas de seguridad?. (Resolución 1016 de 1989 art. 14, numeral 1).	6,5	0		No se Evidencia	
15	Se identifica en el establecimiento depósitos de agua tales como tanques, materas, llantas, floreros tapas, etc y se observa presencia de larvas en ellos?.(Ley 715 de 2001, artículo 43).	6,5	0		— o —	

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE — La calificación del bloque corresponde al acta _____ % del total del

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
53	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

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Se debe Establecer El SG-SST

Por parte de Establecimiento:

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	60
FECHA INICIO PLAZO	20-06-2023
FECHA LIMITE DE PLAZO	14-09-2023

Powered by CamScanner

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 misma los 24 días del mes de Junio del año 2023 en la Ciudad de Ape

De la presente acto se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o con diversa a esta

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

FUNCIONARIOS QUE REALIZARON LA VISITA	
FIRMA	FIRMA
NOMBRE	NOMBRE
CÉDULA	CÉDULA
CARGO	CARGO
INSTITUCIÓN	INSTITUCIÓN
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA	FIRMA
NOMBRE	NOMBRE
CÉDULA	CÉDULA
INSTITUCIÓN	INSTITUCIÓN
CARGO	CARGO

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
DOCUMENTOS DE USO GENERAL

CONSTANCIA DE ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA

Versión: 01			Vigencia: 09-2015	
Día: 19	**Mes:** 06	**Año:** 2023	**Municipio:** Apia	**Entidad y Dependencia:** S.S

Objetivo (s): Realizar Visita de Asistencia Técnica en el establecimiento Hospedaje Brisa San Isidro Con dirección Cra 7B # 14-73 Vda Aguabonita, administrado por el Señor Luis Manuel Naranjo Con CC. 18530257, y Celular 3207267908. Presta Servicio Hospedaje Transitorio

Conclusiones (es):

Se realiza al establecimiento General Verificando el hospedaje transitorio donde Se Evidencian un deterioro en una Ventana, de igual Forma Se Evidencian Varias rampas Sin Pasamanos ni Cinta antideslizante, ademas de Colchon Con fluido, el Propietario Manifiesta que Se Presento un daño en todo y que cuyo gotera que mancho el Colchon, de la misma manera Se Evidencia la no Tenencia de Señalizacion acorde, ademas de deficiencias en Procesos Documentados

Compromisos:

Powered by CamScanner

Descripción	Responsable / Cargo	Fecha de Cumplimiento			Fecha de Verificación		
		D	M	A	D	M	A
Se Evidencian Deterioro en Ventana de Madera	Luis Manuel Naranjo Administrador	29	07	2023	29	07	2023
Se Evidencian Ramps Sin Pasamanos y Sin Material Antideslizante	Luis Manuel Naranjo Administrador	30	09	2023	30	07	2023
Se Evidencia un colchón Con Mancha de fluidos	Luis Manuel Naranjo Administrador	02	08	2023	02	08	2023
No Cuenta Con Programa de Limpieza y desinfección Documentado. (Procedimientos - Planillas - concentraciones)	Luis Manuel Naranjo Administrador	22	07	2023	22	07	2023
Cuenta Con Tanque Almacenamiento, Pero no Cuenta Con soporte Documentado del lavado y desinfección del Mismo	Luis Manuel Naranjo Administrador	22	07	2023	22	07	2023
No Cuenta Con Plan de Gestión de Residuos no Peligrosos, no se disponen de acuerdo Al Código de Colores vigente	Luis Manuel Naranjo Administrador	22	07	2023	22	07	2023

Hobe. A Callad.
Nombre y firma funcionario (a) Departamento

Nombre y firma funcionario (a) asistido (a)

Powered by CamScanner

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL CONSTANCIA DE ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA (Anexo número _XXX)							
Versión: 01	Vigencia: 09-2015							
Descripción	**Responsable / Cargo**	**Fecha de Cumplimiento**			**Fecha de Verificación**			
		D	**M**	**A**	**D**	**M**	**A**
No Cuenta Con el Programa de Manejo Integral de Plagas.	Luis Manuel Naranjo Administrador	30	07	2023	30	07	2023
No Cuenta Con Plan de Gestion de riesgo de desastre Documentado	Luis Manuel Naranjo Administrador	30	07	2023	30	07	2023
No Cuenta Con Señalizacion acorde de áreas	Luis Manuel Naranjo Administrador	22	07	2023	22	07	2023

Powered by CamScanner

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

Actividad # 1: Visitas de Asesoría y Asistencia Técnica AAT

Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 19-06-2023
Lugar: Hospedaje Granja San Isidro

Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 19-06-2023
Lugar: Hospedaje Granja San Isidro

Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 19-06-2023
Lugar: Hospedaje Granja San Isidro

Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 19-06-2023
Lugar: Hospedaje Granja San Isidro

Powered by CamScanner

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

Actividad # 1: Visitas de Asesoría y Asistencia Técnica AAT

Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 19-06-2023
Lugar: Preparación Alimentos Granja San Isidro

Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 19-06-2023
Lugar: Preparación Alimentos Granja San Isidro

Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 19-06-2023
Lugar: Preparación Alimentos Granja San Isidro

Actividad N°:1
Nombre actividad: VISITAS AAT
Fecha: 19-06-2023
Lugar: Preparación Alimentos Granja San Isidro

Powered by CamScanner