GOBERNACIÓN
Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Reserva de Biosfera Seaflower

DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD
ACTA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL
NOMBRE LINEA

LOGO DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD

Acta No. 002

CLASIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO Fábrica (F) Deposito (D) Expendio (E) Empresa Aplicadora (EA)

DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD Sec Salud DEPARTAMENTO SAI MUNICIPIO SAI CATEGORIA III

Fecha de Visita: Día 6 Mes 6 Año 2023 Fecha Ultima Visita Día 19 Mes 04 Año 2022

Carpeta o Expediente No. Actividad Económica

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

Razon Social Representaciones y Servicios JM SAS
Nombre Comercial Representaciones y Servicios JM SAS
Nit / CC 900487162-1
Dirección Barrio Gaviotas Cra 6 # 12-17
Telefono 3176604990 Fax —o—
Barrio Gaviotas Departamento SAI
E-mail Representante Legal jmadini2703@hotmail.com
Nita Gonzalez Vidal CC 45.474.654
Área M2
Es vivienda SI___ NO X Presenta Concepto Uso del Suelo SI ✓ NO___

OBJETIVO DE LA VISITA

VISITA	DIA	MES	AÑO
Inicial			
1er Control			
2do Control			
3er Control			

MOTIVO: (OF) Visita de Oficio; (NC) NotificaciónComunitaria; (AB) Asociada a Brote; (SI) Solicitud del Interesado; (SO) Solicitud Oficial

2. INFORMACION TRABAJADORES

No. Trabajadores 2 Menores de Edad
Administrativos: Hombres Mujeres 1
Operativos: Hombres 1 Mujeres
Dias laborados x semana 6 No. de Turnos
Horas x Turno Segun la Necesidad

3. CONDICIONES LOCATIVAS

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACION / CUMPLIMIENTO					OBSERVACIONES
Pisos	(2)	1	0	N/A	N/O	
Paredes	(2)	1	0	N/A	N/O	
Techos	(2)	1	0	N/A	N/O	
Escaleras, rampas y vías de acceso	(2)	1	0	N/A	N/O	
Ventilación (natural y artificial)	(2)	1	0	N/A	N/O	
Iluminación (natural y artificial)	(2)	1	0	N/A	N/O	
Almacenamiento - Bodegaje	(2)	1	0	N/A	N/O	

4. CONDICIONES SANITARIAS

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACION / CUMPLIMIENTO					OBSERVACIONES
El establecimiento está ubicado en terreno no inundable y de de fácil drenaje	(2)	1	0	N/A	N/O	
El establecimiento está alejado de botaderos de basura, pantanos, criadero de insectos y roedores	(2)	1	0	N/A	N/O	
Suministro abastecimiento o almacenamiento de agua potable	(2)	1	0	N/A	N/O	
Lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable	(2)	1	0	N/A	N/O	
Drenaje: canales, cajas y sifones	(2)	1	0	N/A	N/O	
Servicios sanitarios y vestieres (separados)	(2)	1	0	N/A	N/O	
Orden y limpieza	(2)	1	0	N/A	N/O	
Área de almacenamiento de residuos sólidos	(2)	1	0	N/A	N/O	
Vertimientos, tratamientos preventivos	(2)	1	0	N/A	N/O	
Presencia de polvos orgánicos e inorganicos	(2)	1	0	N/A	N/O	
Presencia de olores, gases, humos	(2)	1	0	N/A	N/O	
Tenencia adecuada de animales	(2)	1	0	N/A	N/O	
Control de vectores: roedores plaga	(2)	1	0	N/A	N/O	

5. CONDICIONES DE SEGURIDAD

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACION / CUMPLIMIENTO					OBSERVACIONES
Ubicación y distribución de maquinaria, herramientas, instrumentos	(2)	1	0	N/A	N/O	2 Moto mochila Nebulizadores (2) 1 Moto mochila manual.
Estado y mantenimiento de maquinaria, herramientas, instrumentos	(2)	1	0	N/A	N/O	
Señalización y demarcación de áreas	(2)	1	0	N/A	N/O	
Dotación de botiquín de primeros auxilios	(2)	1	0	N/A	N/O	
Sistemas contra incendio	(2)	1	0	N/A	N/O	
Plan de Gestión de Residuos Peligrosos - PGIRespel	(2)	1	0	N/A	N/O	
Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares - PGIRHS	2	1	0	X	N/O	
Dotación de elementos de protección personal conforme a la actividad desarrollada	(2)	1	0	N/A	N/O	(2) Overoles (1) Casco. Mascara (2) (1) par de botas guantes (2)
Instalaciones eléctricas protegidas	(2)	1	0	N/A	N/O	
Sistemas de conducción de fluidos	(2)	1	0	N/A	N/O	
Ruido	(2)	1	0	N/A	N/O	
Vibración	(2)	1	0	N/A	N/O	

6. PRACTICAS DE PREVENCION Y ATENCION DE EMERGENCIAS

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACION / CUMPLIMIENTO					OBSERVACIONES
Plan de emergencia y contingencia implementados (escrito e implementado)	(2)	1	0	N/A	N/O	
Programa de capacitación y entrenamiento permanentes	(2)	1	0	N/A	N/O	
Capacitación en el manejo de sustancias peligrosas	(2)	1	0	N/A	N/O	
Hojas de Seguridad	(2)	1	0	N/A	N/O	
Señalización, rotulado y etiquetado de recipientes	(2)	1	0	N/A	N/O	
Sistemas de contención de derrames	(2)	1	0	N/A	N/O	
Adecuación de áreas de carga y descarga de materiales y sustancias	(2)	1	0	N/A	N/O	

2. Cumple Completamente | 1. Cumple Parcialmente | 0. No Cumple | NA. No Aplica | NO. No Observado

ASPECTOS A VERIFICAR NO SUJETOS AL CONCEPTO

7. SALUD OCUPACIONAL

ASPECTOS A VERIFICAR			CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
ARL	SI	✓	NO		Cual	
EPS	SI	✓	NO		Cual	
ARS	SI	✓	NO		Cual	
Programa de salud Ocupacional	SI	✓	NO		se evidencia.	
Examenes medico	SI	✓	NO		se evidencia Fecha 10 feb 2023	

8. MOVILIZACION Y TRANSPORTE DE SUSTANCIAS QUIMICAS

ASPECTOS A VERIFICAR	CUMPLIMIENTO					OBSERVACIONES
Cuenta con vehiculos para transporte de Sustancias Quimicas	(SI)		NO		Tipo Moto	Honda Modelo 2005 Placa ASX 24B
Tarjeta de Emergencias	(SI)		NO			
Kit para derrames	(SI)		NO		se evidencia el kit Completo	

8. ASPECTOS A VERIFICAR - SUSTANCAIS QUIMICAS

8.1 Sustancais quimicas utilizadas y almacenadas

Nombre		Estado			Relación / Cantidad Mensual	
Comercial	Genérico	Sólido	Líquido	Gaseoso	F. VENCIMIENTO	Almacenadas
PermaKill	Permetrina		X		2026	1000 mL
Cipercum EC-PJ	Cipermetrina.		X		2026	1000 mL
Astuto	Fibronil		X		04/2025	500 mL
Mata Cucaracha	Baygon.			✓	06/2024	339 g
Gel Insecticida.	Kg Fipronil	✓			12/2024	1
Amonio cuaternario	Desinfectante		✓		2026	500 mL

8.2 IMPLEMENTACION DE PROGRAMA CONTROL INTEGRADO DE VECTORES:

SI ✓ NO____ SOPORTES_____

8.3 EDUCACION SANITARIA A USUARIOS:

SI ✓ NO____ SOPORTES se evidencia capacitación

8.4 Clases de residuos generados

Nombre	Caracteristicas				Relación / Cantidad Mensual
		Sólido	Líquido	Gaseoso	
Cipercom	Frascos.		✓		26 vacios
Astuto 200 SC	Frasco.		✓		6 vacios

8.5 Asistencia Tecnica:

NOMBRE Charles gallardo H. IDENTIFICACION: 18.009.091

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO feb 20/2023 se evidnua capacitación

PROFESION: ING Agronomo Industrial VIGENCIA DEL CONTRATO (No inferior a 40 horas) 1 año.

SOPORTE CONTRATO: SI ✓ NO____

ACTIVIDADES ADELANTADAS POR EL ASISTENTE:(Anexar informes)

9. REQUISITOS POR AREA O SECCION

Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de_____ dias, contados apartir del dia_____ ,del mes del _____ de _____, que vence el día_____, del mes _____ de _____. De acuerdo a la Ley 9 de 1979 y sus reglamentarios.

CONCEPTO SANITARIO DE LA VISITA

(FV)	FAVORABLE	Cumple totalmente las condiciones sanitarias establecidas por la normatividad
(DV)	DESFAVORABLE	No admite exigencias, se procede a aplicar medidas sanitarias

ACCION DE LA VISITA

(AEC)	SE APLAZA LA EMISION DEL CONCEPTO-CONDICIONADO	Condicionado al cumplimiento de las recomendaciones dejadas en la presente acta y que no pongan en riesgo la salud pública del establecimiento

APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIA (Art. 576 Ley 9/79)

SI___
NO___

(CT) Clausura Temporal Total	Captura y observación de animales sosechosos de enfermedades transmisibles
(CP) Clausura Temporal Parcial	Vacunación de personas y animales
(SP) Suspension Parcial de Trabajos o Servicios	Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
(ST) Suspension Total de Trabajos o Servicios	Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades
(DC) Decomiso	
(CG) congelacion	Retención o el depósito en custodia de objetos
(DS) Destruccion y Desnaturalizacion	Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas

Para constancia, previa lectura y ratificacion del concepto de la presente acta, firman los funcionario y personas que atendieron la visita hoy 06, del mes JUNIO, del año 2023. De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendio la visita

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA

NOMBRE Dunky Ruiz C.
CC. 1090065?
CARGO Contratista
PROFESION Aux farmacia.
FIRMA

PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

NOMBRE Nila E Gonzalez V.d.P.
CC. 45 474 654
CARGO Gerente
FIRMA Nila

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA

NOMBRE Sandra Mejia C.
CC. 40960907
CARGO Contratista
PROFESION Aux. Farmacia
FIRMA

TESTIGO

NOMBRE
CC.
CARGO
FIRMA

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA

NOMBRE
CC.
CARGO
PROFESION
FIRMA