Barranquilla, Julio de 2024

Dr(a):
VANESSA VILORIA ARIZA
SUPERVISOR DEL CONTRATO
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PUBLICA

ASUNTO: Me permito presentar a usted informe de gestión en virtud del contrato N° **CD-11-2024-1794** con objeto contractual**: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ADELANTAR LAS ACCIONES DENTRO DEL PROCESO DE FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA.**

Correspondiente del 22 de junio al 21 de julio del 2024.

Obligación Contractual	Producto
Fortalecer las acciones de Inspección, vigilancia y control- IVC a instituciones educativas y similares.	Realice visitas de acompañamiento de IVC y asistencia técnica en las cuales verifique que cumplieran con las condiciones sanitarias, locativas y de seguridad, optimas para brindar un buen entorno de aprendizaje. En las siguientes instituciones educativas, CDI y hogares comunitarios: • COLEGIO E CAM Cra 62 #68-85 • CDI LIPAYA Cra 10 #73-41 • CDI SAN ISIDRO Calle 51 #27-18 • CDI CHINITA Calle 7 #12-30 • CDI REBOLO Calle 24 #26-33 • CDI SAN ROQUE Calle 29 #29-100 • CDI SIMON BOLIVAR Calle 23 #5c-21 • HOGAR INFANTIL MIS PEQUEÑOS CHIQUITINES

Fortalecer las acciones de Inspección, Vigilancia y control-IVC a establecimientos relacionados con alimentos y bebidas alcohólicas.	Realice visitas de acompañamiento de IVC a los técnicos del área de la salud con el fin de mirar que cumplieran con las condiciones higiénico sanitarias de las instituciones educativas, Hogares comunitarios y CDI. • CDI LIPAYA Cra 10 #73-41 • CDI SAN ISIDRO Calle 51 #27-18 • CDI CHINITA Calle 7 #12-30 • CDI REBOLO Calle 24 #26-33 • CDI SAN ROQUE Calle 29 #29-100 • CDI SIMON BOLIVAR Calle 23 #5c-21 • HOGAR INFANTIL MIS PEQUEÑOS CHIQUITINES • HOGAR PARAISO INFANTIL Calle 73D #15-20 • HOGAR INFANTIL LOS HIJOS DEL REY Diagonal 15ª #15-24 • HOGAR INFANTIL MI NUEVO HOGAR Cra 22D-19 • HOGAR INFANTIL EL BEBE TIERNO Cra 22b #71-60 • HOGAR INFANTIL MIS DULCES SUEÑOS • HOGAR INFANTIL MI NUEVO HOGAR • CDI REBOLO Calle 27 #23-76

	• HOGAR PARAISO INFANTIL Calle 73D #15-20 • HOGAR INFANTIL LOS HIJOS DEL REY Diagonal 15ª #15-24 • HOGAR INFANTIL MI NUEVO HOGAR Cra 22D-19 • HOGAR INFANTIL EL BEBE TIERNO Cra 22b #71-60 • HOGAR INFANTIL MIS DULCES SUEÑOS • ACOOLSURE Calle 76 #38c-110 • CORPORACION EDUCATIVA DEL PRADO (COMFAMILIAR) Cra 44 #47-78 • COLEGIO NIÑOS INTELIGENTES Cra 62 #66-84 • COLEGIO PREESCOLAR AÑOS MARAVILLOSOS Cra 67 #81-85 • HOGAR INFANTIL MI NUEVO HOGAR • CDI REBOLO Calle 27 #23-76
Fortalecer las acciones de Inspección, Vigilancia y control -IVC de agua para consumo humano, piscinas y estructuras similares.	Realice visitas de acompañamiento de IVC y tomas de muestra de agua, medir parámetros de cloro libre residual, con el fin de determinar la potabilidad del agua d las comunidades, para mejorar entornos en la calidad de vida de las comunidades en los puntos de control de agua de diferentes barrios del distrito: No se realizo actividades durante este mes, las cuales serán desarrolladas durante el resto de la ejecución del contrato

Promover la formulación del plan territorial de adaptación al cambio climático desde salud ambiental en el distrito de barranquilla.	Participe en la segunda reunión del consejo territorial de salud ambiental 2024 (COOTSA)-mesa de entornos saludables, calidad de aire y cambio climático. Participe en la segunda reunión del consejo territorial de salud ambiental 2024 (COOTSA)-mesa de agua potable y saneamiento básico y mesa de seguridad química y residuos peligrosos.
Las demás relacionadas con la naturaleza del objeto contractual.	• Participe en la intervención pedagógica de puntos críticos realizada en vía cordialidad con cra 13 • Participe en la reunión convocada por la referente de entornos saludables Sanit Castillo para la asignación de IED de cada localidad para cada grupo de trabajo. • Participe en la jornada barranquilla limpia y linda de limpieza de la avenida cordialidad.

Cordialmente,

Marcelys guette Vizcaino
Cc. 1.083.012.425

Vo. Sanit Castillo Navarro
Ref. entornos saludables

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PUBLICA
PROGRAMA ENTORNOS SALUDABLES
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y SIMILARES

CIUDAD Barranquilla. FECHA 24/06/2024 ACTA N° 2067 CODIGO: MM-GD-SS-F-107

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hogar Infantil ☐ Institucion Educativa ☒ Jardin Infantil ☐
Centros de Desarrollo Infantil ☐ Institucion Educativa No Formal ☐ Institucion Educativa de Educacion Superior ☐
Otro ☐

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Secretaría Distrital de Salud

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL Colegio Ecam.
*NOMBRE COMERCIAL Colegio Ecam.
*CÉDULA / NIT 32792793-6 MATRICULA MERCANTIL / /
*DIRECCIÓN Cra 62 #68-85
*DEPARTAMENTO Atlantico *MUNICIPIO Barranquilla
Barrio ☒ Vereda ☐ Comuna ☐ Localidad ☐ Sector ☐ Corregimiento ☐ Caserío ☐ UPZ ☐
Otro ☐ Cuál: Bella Vista.
TELÉFONOS 3203655207 FAX / /
CORREO ELECTRÓNICO colegioecam@gmail.com.
NOMBRE DEL PROPIETARIO Zulema Martinez Galan.
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento 32792793
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Zulema Martinez Galan.
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☒ C.E. ☐ *Número de documento 32792793
CORREO ELECTRÓNICO colegioecam@gmail.com.
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cra 62 # 62-58
*DEPARTAMENTO Atlantico *MUNICIPIO Barranquilla.
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO 7-3:30 pm L-V. N° DE TRABAJADORES 10.
NUMERO DE JORNADAS ACADEMICAS 1 NUMERO DE AULAS 7 NUMERO DE TRABAJADORES OPERATIVOS 2
NUMERO DE ESTUDIANTES 35 NUMERO DE DOCENTES 5 NUMERO DE TRABAJADORES ADMON 3

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año			% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE			
		FAVORABLE CONDICIONADO			
		PENDIENTE			
		SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO			
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		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:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple(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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Crítico (C)	La casilla "C" 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 ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO			IMPLEMENTADO			OBSERVACIONES
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Documento de sistema de seguridad y salud del trabajador (en caso de no contar notificar a direcion territorial Ministerio de Trabajo)	✓						
Plan de capacitacion prácticas higiénicas, uso de EPP	✓						
Plan Buenas practicas para el manejo de sustancias quimicas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979) (ley 55 de 1993)			✓				
Plan de emergencia	✓						
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)			✓				
Manifiesto de recoleccion de residuos por gestor (Aplica para Universidades)			✓				
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓						

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir:	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
96.5	FAVORABLE ✓	95%-100%
	PENDIENTE CON REQUERIMIENTOS	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 de 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

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NÚMERO 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.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNA

Por parte de Establecimiento:

NINGUNA

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
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA:

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

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

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DIAS HABILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

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 24 del mes de JUNIO del año 2024 en la Ciudad de BARRANQUILLA

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:	Dayana Bendoso A.	NOMBRE:	Maddys Calleto
CÉDULA:	1003001833	CÉDULA:	1083612425
CARGO:	Operativo	CARGO:	Profesional de Apoyo
INSTITUCIÓN:	Salud Pública.	INSTITUCIÓN:	SSAMD
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO			
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:	Juliana Martinez Galán	NOMBRE:	
CÉDULA:	32.792.793	CÉDULA:	
CARGO:	Directora ECAM	CARGO:	

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PUBLICA
PROGRAMA ENTORNOS SALUDABLES
ACTA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y SIMILARES

CIUDAD: BARRANQUILLA | FECHA: 25/06/2024 | ACTA N°: 2068 | CODIGO: MM-GD-SS-F-107

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hogar Infantil		Institucion Educativa		Jardin Infantil	
Centros de Desarrollo Infantil	X	Institucion Educativa No Formal		Institucion Educativa de Educacion Superior	
Otro					

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: S. DISTRITAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: FUNDACION LA SANTISIMA TRINIDAD SIGLA (FUNSANTRI)
*NOMBRE COMERCIAL: CDI LIPAYA
*CÉDULA / NIT: 900.395.907-4 | MATRICULA MERCANTIL:
*DIRECCIÓN: CRA 10 #73D #41
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILLA
Barrio: X | Vereda: | Comuna: | Localidad: | Sector: | Corregimiento: | Caserio: | UPZ:
Otro: | Cuál: LIPAYA
TELÉFONOS: 3616421172 | FAX:
CORREO ELECTRÓNICO: FUNSANTRI@GMAIL.COM
NOMBRE DEL PROPIETARIO: FUNDACION LA SANTISIMA TRINIDAD
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. | C.E. | NIT: X | *Número de documento: 900.395.907-4
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: JESUS MIRANDA JULIO
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. X | C.E. | *Número de documento: 32.720.549
CORREO ELECTRÓNICO: FUNSANTRI@GMAIL.COM
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CRA 10 #73D-41
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILLA
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7:00-4:00PM | N° DE TRABAJADORES:

NUMERO DE JORNADAS ACADEMICAS	1	NUMERO DE AULAS	5	NUMERO DE TRABAJADORES OPERATIVOS	11
NUMERO DE ESTUDIANTES	100	NUMERO DE DOCENTES	5	NUMERO DE TRABAJADORES ADMON	4

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE					% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CONDICIONADO						
		PENDIENTE						
		SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO						
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS						
		DESFAVORABLE						

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		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:			

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple(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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Crítico (C)	La casilla "C" 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 ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO			IMPLEMENTADO			OBSERVACIONES
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Documento de sistema de seguridad y salud del trabajador (en caso de no contar notificar a direcion territorial Ministerio de Trabajo)	✓			✓			
Plan de capacitacion prácticas higiénicas, uso de EPP	✓			✓		✓	
Plan Buenas practicas para el manejo de sustancias químicas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979) (ley 55 de 1993)			✓				
Plan de emergencia	✓			✓			
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)			✓			✓	
Manifiesto de recoleccion de residuos por gestor (Aplica para Universidades)	✓			✓			
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
15.5%	FAVORABLE	95%-100%	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 de 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.
	PENDIENTE CON REQUERIMIENTOS	80%-94%	
	DESFAVORABLE	< 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NÚMERO 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.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNO

Por parte de Establecimiento:

NINGUNA

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
- [ ] Decomiso
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Congelación

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

¿SE TOMÓ LA MUESTRA? SI [ ] NO [ ]

N° DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HABILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

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 25 del mes de JUNIO del año 2024 en la Ciudad de BARRANQUILLA.

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:	Dalina Berdugo A.	FIRMA:	
NOMBRE:	Dalina Berdugo A.	NOMBRE:	Harolys Cuelle
CÉDULA:	1043007833	CÉDULA:	1083012425
CARGO:	T. Operativo.	CARGO:	Profesional de Apoyo
INSTITUCIÓN:	S. Pública.	INSTITUCIÓN:	S. Salud.

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	Feguis Miranda Julio	FIRMA:	
NOMBRE:	Feguis Miranda	NOMBRE:	
CÉDULA:	32.720.549 B/q	CÉDULA:	
CARGO:	Rep. Legal	CARGO:	

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA ENTORNOS SALUDABLES
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y SIMILARES

CIUDAD: BARRANQUILLA | FECHA: día / mes /año | ACTA N°: 2069 | CODIGO: MM-GD-SS-F-107

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hogar Infantil		Institucion Educativa		Jardin Infantil	
Centros de Desarrollo Infantil	X	Institucion Educativa No Formal		Institucion Educativa de Educacion Superior	
Otro					

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: S. DISTRITAL DE

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: FUNDACIÓN LA SANTISIMA TRINIDAD FUNSANTRI
*NOMBRE COMERCIAL: CDI SAN ISIDRO
*CÉDULA / NIT: 900.395.907-4 | MATRICULA MERCANTIL:
*DIRECCIÓN: CALLE 51 # 27-18
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILA
Barrio: X | Vereda: | Comuna: | Localidad: | Sector: | Corregimiento: | Caserío: | UPZ:
Otro: | Cuál: SAN ISIDRO
TELÉFONOS: 301 3922 355 | FAX:
CORREO ELECTRÓNICO: FUNSANTRI@GMAIL.COM
NOMBRE DEL PROPIETARIO: FUNDACIÓN LA SANTISIMA TRINIDAD FUNSANTRI
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. | C.E. | NIT: X | *Número de documento: 900.395.907-4
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: FERGUIS MIRANDA JULIO
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C: X | C.E. | *Número de documento: 32.720.549
CORREO ELECTRÓNICO: FUNSANTRI@GMAIL.COM
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CALLE 51 # 27-18
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILLA
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7:00 - 3:00PM | N° DE TRABAJADORES:

NUMERO DE JORNADAS ACADEMICAS	1	NUMERO DE AULAS	11	NUMERO DE TRABAJADORES OPERATIVOS	8
NUMERO DE ESTUDIANTES	220	NUMERO DE DOCENTES	17	NUMERO DE TRABAJADORES ADMON	4

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año			% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE			
		FAVORABLE CONDICIONADO			
		PENDIENTE			
		SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO			
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		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:			

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple(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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Critico (C)	La casilla "C" 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 ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO			IMPLEMENTADO			OBSERVACIONES
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Documento de sistema de seguridad y salud del trabajador (en caso de no contar notificar a direcion territorial Ministerio de Trabajo)	✓			✓			
Plan de capacitacion prácticas higiénicas, uso de EPP	✓			✓			
Plan Buenas practicas para el manejo de sustancias químicas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979) (ley 55 de 1993)			✓			✓	
Plan de emergencia	✓						
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)			✓			✓	
Manifiesto de recoleccion de residuos por gestor (Aplica para Universidades)	✓						
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓						

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
90.5%	FAVORABLE	95%-100%	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 de 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.
	PENDIENTE CON REQUERIMIENTOS	80%-94%	
	DESFAVORABLE	< 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	/
NÚMERO 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.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNA

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
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA /

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

¿SE TOMÓ LA MUESTRA? SI ☐ NO ☐

N° DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS /

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HÁBILES PLAZO	15 DIAS
FECHA INICIO PLAZO	25 DE JUNIO 2024
FECHA LIMITE DE PLAZO	16 DE JULIO 2024

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 25 del mes de JUNIO del año 2024 en la Ciudad de BARRANQUILLA

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:	Dayana Berdugo A	FIRMA:	
NOMBRE:	Dayana Berdugo A	NOMBRE:	Maralys Cuite
CÉDULA:	1043001833	CÉDULA:	1083012425
CARGO:	Operativo	CARGO:	Profesional de apoyo
INSTITUCIÓN:	S. Publica	INSTITUCIÓN:	S. SALUD.

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	Stephania A.	FIRMA:	/
NOMBRE:	Stephania Arrieta Blanco	NOMBRE:	/
CÉDULA:	1004427459	CÉDULA:	/
CARGO:	Coordinador	CARGO:	/

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PUBLICA
PROGRAMA ENTORNOS SALUDABLES
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y SIMILARES

CIUDAD: Barranquilla | FECHA: 02/07/2024 | ACTA N°: 2071 | CODIGO: MM-GO-SS-F-107

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hogar Infantil		Institucion Educativa		Jardin Infantil	
Centros de Desarrollo Infantil	X	Institucion Educativa No Formal		Institucion Educativa de Educacion Superior	
Otro					

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: S. DISTRITAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: FUNDACION SANTISIMA TRINIDAD
*NOMBRE COMERCIAL: CDI CHINITA
*CÉDULA / NIT: 900.395.907-4 | MATRICULA MERCANTIL:
*DIRECCIÓN: Calle 7 #12-30
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILLA
Barrio: X | Vereda: | Comuna: | Localidad: | Sector: | Corregimiento: | Caserío: | UPZ:
Otro: | Cuál: CHINITA
TELÉFONOS: 3186793078 | FAX:
CORREO ELECTRÓNICO: FUNSANTRI@Gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO: FUNDACION SANTISIMA TRINIDAD
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. X | C.E. | NIT X | *Número de documento: 900.395.907-4
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: JESUS MIRANDA JULIO
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. X | C.E. | *Número de documento: 32.720.549
CORREO ELECTRÓNICO: FUNSANTRI@Gmail.com
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Calle 7 #12-30
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILLA
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7:00AM-3:00PM | N° DE TRABAJADORES:
NUMERO DE JORNADAS ACADEMICAS: 1 | NUMERO DE AULAS: 5 | NUMERO DE TRABAJADORES OPERATIVOS: 1
NUMERO DE ESTUDIANTES: 47 | NUMERO DE DOCENTES: 4 | NUMERO DE TRABAJADORES ADMON: 5

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE				% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CONDICIONADO					
		PENDIENTE					
		SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO					
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS					
		DESFAVORABLE					

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		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:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple(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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Crítico (C)	La casilla "C" 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 ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	DOCUMENTADO NA	IMPLEMENTADO SI	IMPLEMENTADO NO	IMPLEMENTADO NA	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud del trabajador (en caso de no contar notificar a direcion territorial Ministerio de Trabajo)	✓			✓			
Plan de capacitacion prácticas higiénicas, uso de EPP	✓			✓			
Plan Buenas practicas para el manejo de sustancias químicas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979) (ley 55 de 1993)			✓			✓	
Plan de emergencia	✓			✓			
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)			✓			—	
Manifiesto de recoleccion de residuos por gestor (Aplica para Universidades)	✓			✓			
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)							

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
87,5	FAVORABLE	95%-100%	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 de 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.
	PENDIENTE CON REQUERIMIENTOS ✓	50%-94%	
	DESFAVORABLE	< 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	/
NÚMERO 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.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNA

Por parte de Establecimiento:

Se cumplira con los requerimientos

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
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA /

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

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

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HABILES PLAZO	15 DIAS
FECHA INICIO PLAZO	02 DE JULIO
FECHA LIMITE DE PLAZO	22 DE JULIO

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 02 del mes de julio del año 2024 en la Ciudad de BARRANQUILLA

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:	[signature]	FIRMA:	[signature]
NOMBRE:	DAYANA BENDESCA	NOMBRE:	Maraly S Guette
CÉDULA:	1143001893	CÉDULA:	1083612425
CARGO:	T. OPERATIVO	CARGO:	PROFESIONAL DE APOYO
INSTITUCIÓN:	S. PUBLICA	INSTITUCIÓN:	S. SALUD.

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	[signature]	FIRMA:	/
NOMBRE:	Julieta Garcia	NOMBRE:	
CÉDULA:	1140851724	CÉDULA:	
CARGO:	NUTRICIONISTA	CARGO:	

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PUBLICA
PROGRAMA ENTORNOS SALUDABLES
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y SIMILARES

CODIGO: MM-GO-SS-F-107

CIUDAD: Barranquilla | FECHA: 02/07/2024 | ACTA N°: 2072

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hogar Infantil		Institucion Educativa		Jardin Infantil	
Centros de Desarrollo Infantil	X	Institucion Educativa No Formal		Institucion Educativa de Educacion Superior	
Otro					

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: secretaria. Distrital de Salud.

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Fundacion. Santisima trinidad.
*NOMBRE COMERCIAL: CDI Rebolo
*CÉDULA / NIT: 900395907-4 | MATRICULA MERCANTIL: /
*DIRECCIÓN: calle 24 # 26-33
*DEPARTAMENTO: Atlantico | *MUNICIPIO: Barranquilla.
Barrio: X | Vereda: | Comuna: | Localidad: | Sector: | Corregimiento: | Caserío: | UPZ:
Otro: | Cuál: Rebolo.
TELÉFONOS: 3022594392 | FAX: / /
CORREO ELECTRÓNICO: Fundanti@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Fundacion. Santisima trinidad
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. | C.E. | NIT: X | *Número de documento: 900395907-4
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Fegus miranda. julio.
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C.: X | C.E. | *Número de documento: 3272054 4.
CORREO ELECTRÓNICO: fundanti@gmail.com.
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: calle 24 # 26-33
*DEPARTAMENTO: Atlantico | *MUNICIPIO: Barranquilla.
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-V 7:00-3:45pm | N° DE TRABAJADORES: 12.
NUMERO DE JORNADAS ACADEMICAS: 1 | NUMERO DE AULAS: 6 | NUMERO DE TRABAJADORES OPERATIVOS: 2
NUMERO DE ESTUDIANTES: 102 | NUMERO DE DOCENTES: 6 | NUMERO DE TRABAJADORES ADMON: 4

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE				% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%	
		FAVORABLE CONDICIONADO						
		PENDIENTE						
		SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO						
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS						
		DESFAVORABLE						

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		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:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple(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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Critico (C)	La casilla "C" 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 ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO			IMPLEMENTADO			OBSERVACIONES
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Documento de sistema de seguridad y salud del trabajador (en caso de no contar notificar a direcion territorial Ministerio de Trabajo)	✓			✓			
Plan de capacitacion prácticas higiénicas, uso de EPP	✓			✓			
Plan Buenas practicas para el manejo de sustancias quimicas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979) ((ley 55 de 1993)			✓			✓	
Plan de emergencia							
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			
Manifiesto de recoleccion de residuos por gestor (Aplica para Universidades)			✓			✓	
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)			✓			✓	

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
96.5%	FAVORABLE ✓	95%-100%	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 de 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.
	PENDIENTE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%	
	DESFAVORABLE	< 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	/
NÚMERO 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.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Ninguna

Por parte de Establecimiento:

Ninguna

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
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA /

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

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

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HÁBILES PLAZO	/
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

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 02 del mes de Julio del año 2024 en la Ciudad de Barranquilla

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:	Dahyra Bendezu A	FIRMA:	
NOMBRE:	Dahyra Bendezu A	NOMBRE:	Marcos Castro
CÉDULA:	1[illegible]533	CÉDULA:	1053 012425
CARGO:	T. Operativo	CARGO:	Prof apoyo
INSTITUCIÓN:	S. Pública	INSTITUCIÓN:	S. Salud

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	María C. Mercado H.	FIRMA:	/
NOMBRE:	María Claudia Mercado H.	NOMBRE:	
CÉDULA:	1045751648	CÉDULA:	
CARGO:	Nutricionista.	CARGO:	

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PUBLICA
PROGRAMA ENTORNOS SALUDABLES
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y SIMILARES

CIUDAD: BARRANQUILLA | FECHA: 04 07 2024 | ACTA N°: 2073 | CODIGO: MM-GD-SS-F-107

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hogar Infantil		Institucion Educativa		Jardin Infantil	
Centros de Desarrollo Infantil	X	Institucion Educativa No Formal		Institucion Educativa de Educacion Superior	
Otro					

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: 5. DISTRITAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: FUNDACION SANTISIMA TRINIDAD
*NOMBRE COMERCIAL: CDI SAN ROQUE
*CÉDULA / NIT: 900.395.907-4 | MATRICULA MERCANTIL:
*DIRECCIÓN: Calle 29 #29-100
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILLA
Barrio: X | Vereda: | Comuna: | Localidad: | Sector: | Corregimiento: | Caserío: | UPZ:
Otro: | Cuál: SAN ROQUE
TELÉFONOS: 304 492 2678 | FAX:
CORREO ELECTRÓNICO: FUNSANTRI@GMAIL.COM
NOMBRE DEL PROPIETARIO: FUNDACION FUNSANTRI SANTISIMA TRINDAD
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. | C.E. | NIT: X | *Número de documento: 900395.907-4
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: FEGUIS MIRANDA JULIO
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C.: X | C.E. | *Número de documento: 32 720549
CORREO ELECTRÓNICO: FUNSANTRI@GMAIL.COM
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CALLE 29 #29-100
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILLA
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7:00AM-3:00PM | N° DE TRABAJADORES:
NUMERO DE JORNADAS ACADEMICAS: 1 | NUMERO DE AULAS: 8 | NUMERO DE TRABAJADORES OPERATIVOS: 5
NUMERO DE ESTUDIANTES: 147 | NUMERO DE DOCENTES: 8 | NUMERO DE TRABAJADORES ADMON: 4

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE				% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CONDICIONADO					
		PENDIENTE					
		SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO					
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS					
		DESFAVORABLE					

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		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:			

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple(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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Critico (C)	La casilla "C" 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 ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO			IMPLEMENTADO			OBSERVACIONES
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Documento de sistema de seguridad y salud del trabajador (en caso de no contar notificar a direcion territorial Ministerio de Trabajo)							
Plan de capacitacion prácticas higiénicas, uso de EPP	✓			✓			
Plan Buenas practicas para el manejo de sustancias químicas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979) (ley 55 de 1993)			✓			✓	
Plan de emergencia	✓			✓			
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			
Manifiesto de recoleccion de residuos por gestor (Aplica para Universidades)			✓			✓	
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

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

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NÚMERO 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.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNA

Por parte de Establecimiento:

Se harán las reparaciones pertinentes.

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
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

¿SE TOMÓ LA MUESTRA? SI ☐ NO ☐

N° DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HABILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

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 04 del mes de julio del año 2024 en la Ciudad de Barranquilla

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:	Dolores Bendezu A.	FIRMA:	
NOMBRE:	Dolores Bendezu A.	NOMBRE:	Marcelys Carrillo
CÉDULA:	1043001833.	CÉDULA:	1053612425
CARGO:	T. Operativo	CARGO:	Prof Apoyo
INSTITUCIÓN:	S. Pública	INSTITUCIÓN:	S. Salud

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	JCoronado Pab	FIRMA:	
NOMBRE:	Jasmin Coronado Pab	NOMBRE:	
CÉDULA:	32.758.032	CÉDULA:	
CARGO:	Coordinador (a).	CARGO:	

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PUBLICA
PROGRAMA ENTORNOS SALUDABLES
ACTA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y SIMILARES

CIUDAD: BARRANQUILLA | FECHA: 04/07/2024 | ACTA N°: 2074 | CODIGO: MM-GD-SS-F-107

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hogar Infantil		Institucion Educativa		Jardin Infantil	
Centros de Desarrollo Infantil	X	Institucion Educativa No Formal		Institucion Educativa de Educacion Superior	
Otro					

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: 5. DISTRITAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: FUNDACION SANTISIMA TRINIDAD
*NOMBRE COMERCIAL: CDI SIMON BOLIVAR
*CÉDULA / NIT: 900.395.907-9 | MATRICULA MERCANTIL:
*DIRECCIÓN: CALLE 23 #5C-24
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILLA
Barrio: X | Vereda: | Comuna: | Localidad: | Sector: | Corregimiento: | Caserío: | UPZ:
Otro: | Cuál: SIMON BOLIVAR
TELÉFONOS: 318-6293078 | FAX:
CORREO ELECTRÓNICO: FUNSANTRI@GMAIL.COM
NOMBRE DEL PROPIETARIO: FUNDACION SANTISIMA TRINIDAD
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. | C.E. | NIT: X | *Número de documento: 900 395 907-4
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: FEGUIS MIRANDA JULIO
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C: X | C.E: | *Número de documento: 82320549
CORREO ELECTRÓNICO: FUNSANTRI@GMAIL.COM
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CALLE 23 #5C-24
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILLA
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7:00AM-3:00PM | N° DE TRABAJADORES:

NUMERO DE JORNADAS ACADEMICAS	1	NUMERO DE AULAS	5	NUMERO DE TRABAJADORES OPERATIVOS	3		
NUMERO DE ESTUDIANTES	100	NUMERO DE DOCENTES	5	NUMERO DE TRABAJADORES ADMON	5		

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE				% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CONDICIONADO					
		PENDIENTE					
		SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO					
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS					
		DESFAVORABLE					

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		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:			

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple(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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Critico (C)	La casilla "C" 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 ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO			IMPLEMENTADO			OBSERVACIONES
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Documento de sistema de seguridad y salud del trabajador (en caso de no contar notificar a direcion territorial Ministerio de Trabajo)	✓			✓			
Plan de capacitacion practicas higiénicas, uso de EPP	✓			✓			
Plan Buenas practicas para el manejo de sustancias quimicas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979) (ley 55 de 1993)			✓			✓	
Plan de emergencia	✓			✓			
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			
Manifiesto de recoleccion de residuos por gestor (Aplica para Universidades)			✓			✓	
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
96,5	FAVORABLE ✓	98%-100%
	PENDIENTE CON REQUERIMIENTOS	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 de 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

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NÚMERO 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.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNA

Por parte de Establecimiento:

Se harán los arreglos pertinentes.

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
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

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

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DIAS HABILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

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 04 del mes de Julio del año 2024 en la Ciudad de BARRANQUILLA

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:	Darlenis Berdugo A	FIRMA:	
NOMBRE:	Darlenis Berdugo A	NOMBRE:	Marcelys Guerra
CÉDULA:	1043001933	CÉDULA:	1083012425
CARGO:	T. operativo	CARGO:	Prof de apoyo
INSTITUCIÓN:	S. Pública.	INSTITUCIÓN:	S. Salud
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO			
FIRMA:	Juliana Hernandez	FIRMA:	
NOMBRE:	Juliana Hernandez P.	NOMBRE:	
CÉDULA:	1140895201	CÉDULA:	
CARGO:	Aux administrativo	CARGO:	

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PUBLICA
PROGRAMA ENTORNOS SALUDABLES
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y SIMILARES

CIUDAD: Barranquilla | FECHA: 10/09/2024 | ACTA N°: 2101 | CODIGO: MM-GD-SS-F-107

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hogar Infantil					
Centros de Desarrollo Infantil		Institucion Educativa	X	Jardin Infantil	
Otro		Institucion Educativa No Formal		Institucion Educativa de Educacion Superior	

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria Distrital de Salud

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Asociación cooperativa de los suboficiales de las fuerzas militares en retiro de Atl
*NOMBRE COMERCIAL: colegio militar Acoolsure
*CÉDULA / NIT: 800065607-7 | MATRICULA MERCANTIL: /
*DIRECCIÓN: Calle 76 #38c-770
*DEPARTAMENTO: Atlantico | *MUNICIPIO: Barranquilla-
Barrio: X | Vereda | Comuna | Localidad | Sector | Corregimiento | Caserio | UPZ
Otro | Cuál: Betania.
TELÉFONOS: 360 4737- | FAX: / /
CORREO ELECTRÓNICO: acoolsure@hotmail.com.
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Asociacion cooperativa de suboficiales en Retiro
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C | C.E | NIT | *Número de documento: 800065607-7
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Felipe Galan Lopez
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C: X | C.E | *Número de documento: 7447877
CORREO ELECTRÓNICO: acoolsure@hotmail.com.
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: calle 76 #38c-770
*DEPARTAMENTO: Atlantico | *MUNICIPIO: Barranquilla.
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-V 7:30-5:00 | N° DE TRABAJADORES: 68

NUMERO DE JORNADAS ACADEMICAS	1	NUMERO DE AULAS	27	NUMERO DE TRABAJADORES OPERATIVOS	68
NUMERO DE ESTUDIANTES	430	NUMERO DE DOCENTES	36	NUMERO DE TRABAJADORES ADMON	32

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE					% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CONDICIONADO						
		PENDIENTE						
		SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO						
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS						
		DESFAVORABLE						

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		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:			

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple(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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Critico (C)	La casilla "C" 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 ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO			IMPLEMENTADO			OBSERVACIONES
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Documento de sistema de seguridad y salud del trabajador (en caso de no contar notificar a direcion territorial Ministerio de Trabajo)	✓			✓			
Plan de capacitacion prácticas higiénicas, uso de EPP	✓			✓			
Plan Buenas practicas para el manejo de sustancias quimicas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979) (ley 55 de 1993)			✓			✓	
Plan de emergencia	✓			✓			
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			
Manifiesto de recoleccion de residuos por gestor (Aplica para Universidades)			✓			✓	
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
89,5 %	FAVORABLE	95%-100%	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 de DESFAVORABLE. representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMB) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.
	PENDIENTE CON REQUERIMIENTOS ✓	50%-94%	
	DESFAVORABLE	< 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NUMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
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.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNA

Por parte de Establecimiento:

Se cumplirá con los requerimientos.

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
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA: —

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

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

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HABILES PLAZO	1 MES
FECHA INICIO PLAZO	10 Julio 2024
FECHA LIMITE DE PLAZO	10 AGOSTO 2024

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 10 del mes de JULIO del año 2024 en la Ciudad de BARRANQUILLA

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:	Diana Berdugo A	FIRMA:	
NOMBRE:	Diana Berdugo A	NOMBRE:	Marelys Conde
CÉDULA:	1043001833	CÉDULA:	1083012425
CARGO:	T. Operativo	CARGO:	Prof de Apoyo
INSTITUCIÓN:	S. Pública	INSTITUCIÓN:	S. Salud

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:		FIRMA:	—
NOMBRE:	Roosvelt Ordandeff Brito Vega	NOMBRE:	—
CÉDULA:	72.137.260 B/quilla	CÉDULA:	—
CARGO:	Jefe de Gestión Humana	CARGO:	—

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PUBLICA
PROGRAMA ENTORNOS SALUDABLES
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y SIMILARES

CODIGO: MM-GO-SS-F-107

CIUDAD: BARRANQUILLA | FECHA: 17/07/2024 | ACTA N°: 2102

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hogar Infantil		Institucion Educativa		Jardin Infantil	
Centros de Desarrollo Infantil		Institucion Educativa No Formal	X	Institucion Educativa de Educacion Superior	
Otro					

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: 5. DISTRITAL DE SALUD.

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL	CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL PRADO (COMFAMILIAR ATLANTICO)
*NOMBRE COMERCIAL	CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL PRADO
*CÉDULA / NIT	8090101994-9
MATRICULA MERCANTIL	
*DIRECCIÓN	CR 44 # 47-78/84
*DEPARTAMENTO	ATLANTICO
*MUNICIPIO	BARRANQUILLA
Barrio: X	Vereda:	Comuna:	Localidad:	Sector:	Corregimiento:	Caserío:	UPZ:
Otro:	Cuál: EL ROSARIO						
TELÉFONOS	3853930 ext - 2801
FAX	
CORREO ELECTRÓNICO	CORPORACION@COMFAMILIAR.COM.CO
NOMBRE DEL PROPIETARIO	JAIRO CERTAIN DUNCAN
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. X C.E. NIT *Número de documento: 7.424.643
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	JAIRO CERTAIN DUNCAN
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. X C.E. *Número de documento: 7.424.643
CORREO ELECTRÓNICO	CORPORACION@COMFAMILIAR.COM.CO
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	CR 44 # 47-78/84
*DEPARTAMENTO	ATLANTICO
*MUNICIPIO	BARRANQUILLA
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	8:00AM / 9:00PM
N° DE TRABAJADORES	
NUMERO DE JORNADAS ACADEMICAS	3
NUMERO DE AULAS	8
NUMERO DE TRABAJADORES OPERATIVOS	2
NUMERO DE ESTUDIANTES	120
NUMERO DE DOCENTES	30
NUMERO DE TRABAJADORES ADMON	2

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE				% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CONDICIONADO					
		PENDIENTE					
		SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO					
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS					
		DESFAVORABLE					

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		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:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple(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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Critico (C)	La casilla "C" 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 ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	DOCUMENTADO NA	IMPLEMENTADO SI	IMPLEMENTADO NO	IMPLEMENTADO NA	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud del trabajador (en caso de no contar notificar a direcion territorial Ministerio de Trabajo)	✓			✓			
Plan de capacitacion prácticas higiénicas, uso de EPP	✓			✓			
Plan Buenas practicas para el manejo de sustancias quimicas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979) (ley 55 de 1993)			✓			✓	
Plan de emergencia	✓			✓			
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			
Manifiesto de recoleccion de residuos por gestor (Aplica para Universidades)	✓			✓			
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
97.1.	FAVORABLE	95%-100%	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 de 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.
	PENDIENTE CON REQUERIMIENTOS	80%-94%	
	DESFAVORABLE	< 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NÚMERO 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.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNA

Por parte de Establecimiento:

Ninguna observación.

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
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

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

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HABILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

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 17 del mes de JULIO del año 2024 en la Ciudad de BARRANQUILLA

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:	Dayana Berdugo A	FIRMA:	
NOMBRE:	Dayana Berdugo A	NOMBRE:	Maraly Guette
CÉDULA:	1043002833	CÉDULA:	1083012425
CARGO:	Técnico operativo	CARGO:	Prof de APOYO
INSTITUCIÓN:	S. Pública.	INSTITUCIÓN:	S-Salud.
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO			
FIRMA:		FIRMA:	Luisa F. Sánchez Gil.
NOMBRE:	Leon Vasquez	NOMBRE:	Luisa Fernanda Sánchez Gil
CÉDULA:	8498167	CÉDULA:	1102897347.
CARGO:	AUX Sistemas Contratado. Edu.com	CARGO:	C. ambiental externa INAMLTDA

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PUBLICA
PROGRAMA ENTORNOS SALUDABLES
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y SIMILARES

CIUDAD: BARRANQUILLA | FECHA: 18/07/2024 | ACTA N°: 2103 | CODIGO: MM-GD-SS-F-107

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hogar Infantil		Institucion Educativa	X	Jardín Infantil	
Centros de Desarrollo Infantil		Institucion Educativa No Formal		Institucion Educativa de Educacion Superior	
Otro					

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: 5- DISTRITAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: NIÑOS INTELIGENTES (SMART KIDS)
*NOMBRE COMERCIAL: NIÑOS INTELIGENTES (SMART KIDS)
*CÉDULA / NIT: 32727632-2 | MATRICULA MERCANTIL:
*DIRECCIÓN: CR 62 # 66-84
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILLA
Barrio: X | Vereda: | Comuna: | Localidad: | Sector: | Corregimiento: | Caserio: | UPZ:
Otro: | Cuál: BELLA VISTA
TELÉFONOS: 302 388 7037 | FAX:
CORREO ELECTRÓNICO: Milecampo.69@hotmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO: MILENA CAMPO POLO
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. X | C.E. | NIT | *Número de documento: 32727 632
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: MILENA CAMPO POLO
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. X | C.E. | *Número de documento: 32 727 632
CORREO ELECTRÓNICO: MILENA CAMPO. @ hotmail.com
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CR 62 # 66-84
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: B/quilla
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7:30-12:00Pm | N° DE TRABAJADORES:
NUMERO DE JORNADAS ACADEMICAS: 1 | NUMERO DE AULAS: 3 | NUMERO DE TRABAJADORES OPERATIVOS: 1
NUMERO DE ESTUDIANTES: 22 | NUMERO DE DOCENTES: 3 | NUMERO DE TRABAJADORES ADMON: 1

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE					% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CONDICIONADO						
		PENDIENTE						
		SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO						
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS						
		DESFAVORABLE						

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		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:			

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple(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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Crítico (C)	La casilla "C" 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 ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO			IMPLEMENTADO			OBSERVACIONES
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Documento de sistema de seguridad y salud del trabajador (en caso de no contar notificar a direcion territorial Ministerio de Trabajo)	✓			✓			
Plan de capacitacion prácticas higiénicas, uso de EPP	✓			✓			
Plan Buenas practicas para el manejo de sustancias quimicas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979) (ley 55 de 1993)			✓			✓	
Plan de emergencia		✓			✓		
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)			✓	✓			
Manifiesto de recoleccion de residuos por gestor (Aplica para Universidades)	✓			✓			
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
97%	FAVORABLE ✓	95%-100%	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 de 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.
	PENDIENTE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%	
	DESFAVORABLE	< 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NÚMERO 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.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNA

Por parte de Establecimiento:

No hay observación

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
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

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

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HABILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

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 19 del mes de JULIO del año 2024 en la Ciudad de BARRANQUILLA

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:	Dayana Berdugo A	FIRMA:	
NOMBRE:	Dayana Berdugo A	NOMBRE:	Maria Castro
CÉDULA:	1043001833	CÉDULA:	1083072425
CARGO:	Tec. operativo	CARGO:	Prof de apoyo
INSTITUCIÓN:	S. Publica	INSTITUCIÓN:	S. Salud

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	Milena Campo P	FIRMA:	
NOMBRE:	Milena Campo P	NOMBRE:	
CÉDULA:	32.727.632	CÉDULA:	
CARGO:	Docente- Coordinadora	CARGO:	

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PUBLICA
PROGRAMA ENTORNOS SALUDABLES
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y SIMILARES

CIUDAD: BARRANQUILLA | FECHA: 18/07/2024 | ACTA N°: 2104 | CODIGO: MM-GD-SS-F-107

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hogar Infantil		Institucion Educativa	X	Jardin Infantil	
Centros de Desarrollo Infantil		Institucion Educativa No Formal		Institucion Educativa de Educacion Superior	
Otro					

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: S. DISTRITAL DE SOLUD

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: PREESCOLAR AÑOS MARAVILLOSOS
*NOMBRE COMERCIAL: PREESCOLAR AÑOS MARAVILLOSOS
*CÉDULA / NIT: 1.002 156 667-0 | MATRICULA MERCANTIL:
*DIRECCIÓN: CR 67 # 81-85
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILLA
Barrio: X | Vereda: | Comuna: | Localidad: | Sector: | Corregimiento: | Caserío: | UPZ:
Otro: | Cuál: PARAISO
TELÉFONOS: 3045440766 | FAX:
CORREO ELECTRÓNICO: FIOBADE@HOTMAIL.COM
NOMBRE DEL PROPIETARIO: FIORELLA NUÑEZ BOUGUE
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. X | C.E. | NIT | *Número de documento: 1002 156.667
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: FIORELLA NUÑEZ BOUGUE
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. X | C.E. | *Número de documento: 1002 156.667
CORREO ELECTRÓNICO: CR 67 # 81-85 FIOBOUGUE@HOTMAIL.COM
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CR67 # 81-85
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: BARRANQUILLA
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 9:00 AM / 12:00 PM | N° DE TRABAJADORES: 7

NUMERO DE JORNADAS ACADEMICAS: 1 | NUMERO DE AULAS: 4 | NUMERO DE TRABAJADORES OPERATIVOS: 1
NUMERO DE ESTUDIANTES: 15 | NUMERO DE DOCENTES: 4 | NUMERO DE TRABAJADORES ADMON: 2

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	FAVORABLE					% DE CUMPLIMIENTO DE LA ULTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CONDICIONADO						
		PENDIENTE						
		SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO						
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS						
		DESFAVORABLE						

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		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:			

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple(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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Critico (C)	La casilla "C" 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 ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO			IMPLEMENTADO			OBSERVACIONES
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Documento de sistema de seguridad y salud del trabajador (en caso de no contar notificar a direcion territorial Ministerio de Trabajo)	✓	✓		✓			
Plan de capacitacion prácticas higiénicas, uso de EPP	✓			✓			
Plan Buenas practicas para el manejo de sustancias quimicas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979) (ley 55 de 1993)			✓			✓	
Plan de emergencia	✓	✓		✓			
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			
Manifiesto de recoleccion de residuos por gestor (Aplica para Universidades)			✓	✓			
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
98%	FAVORABLE ✓	95%-100%	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 de 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.
	PENDIENTE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%	
	DESFAVORABLE	< 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NÚMERO 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.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNA

Por parte de Establecimiento:

No hay observaciones.

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
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

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

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HÁBILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

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 18 del mes de JULIO del año 2024 en la Ciudad de Barrancabermeja

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:	Dayana Berdugo A	FIRMA:	
NOMBRE:	Dayana Berdugo A	NOMBRE:	Maralys Castro
CÉDULA:	1093001833.	CÉDULA:	1083012425
CARGO:	T. OPERATIVO	CARGO:	Prof de Apoyo
INSTITUCIÓN:	S. Pública	INSTITUCIÓN:	S. Salud

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	Fiorella Sabine Nuñez Baude	FIRMA:	
NOMBRE:	Fiorella Sabine Nuñez Baude	NOMBRE:	
CÉDULA:	1002156667	CÉDULA:	
CARGO:	Directora.	CARGO:	

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
OFICINA DE SALUD PUBLICA
PROGRAMA ENTORNOS SALUDABLES
ACTA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y SIMILARES

CIUDAD: BARRANQUILLA | FECHA: 19/07/2024 | ACTA N°: 2105 | CODIGO: MM-GO-SS-F-107

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hogar Infantil [ ] | Institucion Educativa [ ] | Jardin Infantil [ ]
Centros de Desarrollo Infantil [X] | Institucion Educativa No Formal [ ] | Institucion Educativa de Educacion Superior [ ]
Otro [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: 5. DISTRITAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: FUNDACION TIEMPO FELIZ
*NOMBRE COMERCIAL: CDI REBOLO TIEMPO FELIZ
*CÉDULA / NIT: 900.631.920-3 | MATRICULA MERCANTIL:
*DIRECCIÓN: CALLE 27 #23-76
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: B/QUILLA
Barrio [X] | Vereda [ ] | Comuna [ ] | Localidad [ ] | Sector [ ] | Corregimiento [ ] | Caserio [ ] | UPZ [ ]
Otro [ ] | Cuál: REBOLO
TELÉFONOS: 3103766120 | FAX:
CORREO ELECTRÓNICO: Mariadix1224@Gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO: FUNDACION TIEMPO FELIZ
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C [ ] | C.E [ ] | NIT [X] | *Número de documento: 900.631.920-3
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: RODOLFO UICES RIVERA
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C [X] | C.E [ ] | *Número de documento: 72.129.263
CORREO ELECTRÓNICO: Mariadix1224@Gmail.com
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CALLE 27 #23-76
*DEPARTAMENTO: ATLANTICO | *MUNICIPIO: B/QUILLA
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7:00/3:00PM | N° DE TRABAJADORES:
NUMERO DE JORNADAS ACADEMICAS: 1 | NUMERO DE AULAS: 5 | NUMERO DE TRABAJADORES OPERATIVOS: 1
NUMERO DE ESTUDIANTES: 100 | NUMERO DE DOCENTES: 6 | NUMERO DE TRABAJADORES ADMON: 4

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año					% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE					
		FAVORABLE CONDICIONADO					
		PENDIENTE					
		SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO					
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS					
		DESFAVORABLE					

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		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:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple(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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Crítico (C)	La casilla "C" 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 ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO			IMPLEMENTADO			OBSERVACIONES
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Documento de sistema de seguridad y salud del trabajador (en caso de no contar notificar a direcion territorial Ministerio de Trabajo)	✓			✓			
Plan de capacitacion prácticas higiénicas, uso de EPP	✓			✓			
Plan Buenas practicas para el manejo de sustancias químicas (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979) (ley 55 de 1993)			✓			✓	
Plan de emergencia	✓			✓			
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			
Manifiesto de recoleccion de residuos por gestor (Aplica para Universidades)	✓			✓			
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)	✓			✓			

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
93,5	FAVORABLE	95%-100%
	PENDIENTE CON REQUERIMIENTOS ✓	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 de 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

NUMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
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.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

NINGUNA

Por parte de Establecimiento:

Se harán las correcciones pertinentes.

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
- ☐ Decomiso
- ☐ Destrucción o desnaturalización
- ☐ Congelación

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

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

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DIAS HABILES PLAZO	15 DIAS
FECHA INICIO PLAZO	19 DE JULIO
FECHA LIMITE DE PLAZO	8 DE AGOSTO

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 19 del mes de Julio del año 2024 en la Ciudad de Bolívar

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:	Darlenis Berdugo A	FIRMA:	
NOMBRE:	Darlenis Berdugo A	NOMBRE:	Marelys Conde
CÉDULA:	1193007833	CÉDULA:	1082017425
CARGO:	T. operativo	CARGO:	Profesional de apoyo
INSTITUCIÓN:	S. Pública.	INSTITUCIÓN:	S Salud

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	María Alejandra Hernandez	FIRMA:	
NOMBRE:	María Alejandra Hernandez	NOMBRE:	
CÉDULA:	1129514799	CÉDULA:	
CARGO:	Coordinadora.	CARGO:	

ALCALDÍA DE BARRANQUILLA
NIT 890.102.018-1

ACTA DE REUNION SALUD PUBLICA

Código: MM-GD-SS-F-091

26.06.2024	ACTA Nº 2	PAGINA 1 DE 3
	HORA DE FINALIZACION 12:30pm	TIPO DE REUNION Mesa de trabajo

ASISTENTES	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Margarita Castillo Ramos	Prof. Universitario	EPA Barrio verde	
Eyddy García González	Prof. Especializado	sec. salud del Atco	
Jairo Delgado A.	Prof. Universitario	C.R.A	
Sanit Castillo M	Profe. UNW	Sec Salud-OTSP	
Marcelys Grette	Pfsta de Apoyo	Sec salud	
Fabien Pardo M.	Prof de apoyo	Salud Pública	
Nadia Venegas	Prof de Apoyo	Sc Salud Distrital	Nadia Venegas
• Jeniffer Verbera Gil	Contratista profesional	oficina Salud publica	Jeniffer Verbera Gil
• Yamir Abdala	tecnico Operativo	O.P. Salud Publica	

OBJETIVO DE LA REUNION

Segundo Reunion Ordinaria COTSA 2024. Mesa de Entornos Saludables, Calidad del Aire y Cambio Climatico.

Se realizo la Segunda Mesa de Trabajo del Consejo Territorial de Salud Ambiental en la fundacion Semillas en Prosperidad el dia 26 de Junio de 2024. En la mesa se socializo la mesa de Entornos Saludable y ETV donde se Expuso los avances en los Intervenciones desde el Programa de Entornos Saludables, Intervenciones de Estrategia de Promocion y Prevencion de la Transmision del Dengue en el Distrito de Barranquilla.

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

Powered by CamScanner

ALCALDÍA DE BARRANQUILLA
NIT 890.102.018-1

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

Código: MM-GD-SS-F-098

TIPO DE EVENTO: Mesa de Punto critico
TEMA A TRATAR: Intervención Pedagogica Punto critico.
FECHA DE REALIZACION: 27/06/2024
FACILITADOR: Fabian Pardo / Angel Sierra / Rafael Mendoza Yasser Abdala. / Judith Fragozo. / Marcela Guette.

DIRECCIÓN: Calle 36 con cra 13.
LUGAR: Via cordialidad con cra 13
LOCALIDAD: Sur occidente
HORA: 8:30 - 12:00

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA 1	2	3	4	5	6	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Juan Peñalloza	1140962544				X			3044832260	2	5	7	Alcaldía OSP	JPeñalloza@Barranquilla.gov.co	
2	Roberto Hernández B.	1.045.672.962				X			3175736590	2	5	7	Alcaldía OSP	rhernandez@barranquilla.gov.co	
3	Jennifer Pombo	1.140.892.767					X		3013833288	1			Alcaldía OSP	JPombo@barranquilla.gov.co	
4	Viviana Torres	1046117966							3166794016	1	5	7	Alcaldía OSP	vtorres@barranquilla.gov.co	
5	Marisol Carreño	1098623590					X		3135521433	1	5	7	AREINTEGRA ESP	Marisol6773590@gmail.com	
6	Jenifer Miranda	1007230186						X	3016900414	1	5	7	Comunidad.		
7	Jenifer Miranda	1007230186				X			3016300826	2	5	7	Comunidad.		
8	Deivis Bocanegra	FC25396					X		3002264972	2	5	7	comunidad		
9	Juan pablo Hoyos	no suministrado					X			2	5	7	comunidad.		
10	Rodolfo Reyes.	1045687382							3243022017	2	5	7	comunidad.		
11	Orlando Berrio	No suministrado							3016251208	2	5	7	comunidad.		
12	Juan David Mejia	No suministrado							3008943330	2	5	7	Comunidad		
13	Sandra Morales	" "							3015225473	1	5	7	comunidad.		
14	Kevin Bonilla	" "							3104063880	1	4	7	comunidad.		

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6: (60 años o más)
Para SEXO Marque con el numero correspondiente: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3= LGBTI)
Para ETNIA Marque con el numero correspondiente: (1= AFRODESCENDIENTES), (2 = INDÍGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM – GITANO -), (5= OTRO).
Para GRUPO VULNERABLE Marque con el numero correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 =MIGRANTE), (7 OTROS).

Powered by CamScanner

ALCALDÍA DE BARRANQUILLA
NIT 890.102.018-1

ACTA DE REUNION SALUD PUBLICA

Código: MM-GD-SS-F-091

12/07/2024	ACTA Nº	PAGINA 1 DE 3
	HORA DE FINALIZACION	TIPO DE REUNION

ASISTENTES	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Yasser Abdala	Tecnico operativo	Salud publica	
Angel Sierra	Tecnico salud publ	Salud publica	
Rafa el Mendoza	Apoyo Salud Pub.	Salud publica	
Dayana Berdugo A	tecnico operativo	salud publica	Dayana Berdugo
Fabian Pardo Maleda	Prof. de apoyo	salud Publica	
Marcelys Guette	Prof de Apoyo	Salud Publica	

OBJETIVO DE LA REUNION

ASIGNACIÓN DE IEO PARA CUBRIR CADA LOCALIDAD DEL DISTRITO REALIZANDO VISITAS DE IVC.

ESTA REUNIÓN TIENE POR OBJETIVO ASIGNAR LA DISTRIBUCION DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS. LA CUAL SE HICIERON GRUPOS PARA CADA ASIGNAR CADA LOCALIDAD. PARA REALIZAR LAS VISITAS DE IVC A CADA INSTITUCIÓN

GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
YASSER ABDALA	FABIAN PARDO	DAYANA BERDUGO	FRANCISCO ALVEAR
ANGEL SIERRA	JENIFER	MARCELYS GUETTE	NADIA VANEGAS
RAFA MENDOZA	JUDITH	JUDITH	

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACION DE ACTA
SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA

CODIGO	Anexo 2 SSP-FOR-007
VERSION	002
FECHA DE APROBACION	2022-08-30

REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA DEL DÍA 26 DEL MES JUNIO DEL AÑO 2024

TEMA: SEGUNDA REUNIÓN ORDINARIA CONSEJO TERRITORIAL DE SALUD AMBIENTAL 2024 – MESA DE ENTORNOS SOLUDABLES, CALIDAD DEL AIRE Y CAMBIO CLIMÁTICO

#	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	ENTIDAD	MUNICIPIO	CARGO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	ERNESTO ACEVEDO	702587	Des. Infra/Alcaldía	Sabanalarga	Enlace	3223787668	eacevedo91@gmail	
2	Hanna pacheco Supiw	1007124260	Secretaría de Salud	Sabanalarga	Gestión Ambiental	3113324151	hannapacheco20@gmail	
3	Tondy vicuña Mendoza.	1.043.005.691	Secretaría de salud.	Sabanalarga.	SST.	3124044054.	Tondy.vicuna@hotmail.com	
4	Danna Arajo Tovar	1043584004	Secretaría de Salud	Sabanalarga	Administradora Salud	3012137411	danii.rojo19@gmail.com	
5	Heidi Posso Mendoza	45687967	Univ. Metropolitana	Barranquilla	Director Programa	3006822630	bacteriologia@unimetro.edu.co	
6	Naizir pinzon Romero	1143168505	Sec Salud publicaS.	Soledad	gestion Ambiental	3046767144	Naizir24@gmail.com	
	Margarita Castillo Ramirez	1045670934	EPA Bq. la verde	B/Quilla	Prof. Universitario	3203433477	margaritacastillo@barranquilla verde.gov.co	
	Jeniffer Cano Gil	1140823939	salud publica	Barranquilla	contratista profesional	3164900680	Jeniffercano@hotmail.com	
	Margarette	1083012425	Salud PUBLICA	B/Quilla	profesional APOYO	3003151936	Margarette@Gmail.com	

De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, la Gobernación del Atlántico, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

ALCALDÍA DE BARRANQUILLA
NIT 890.102.018-1

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

SC-CER103099 SA-CER756031

Código: MM-GD-SS-F-098

TIPO DE EVENTO: BARRANQUILLA LIMPIA Y LINDA
TEMA A TRATAR: JORNADA DE LIMPIEZA
FECHADE REALIZACION: 20/07/2024
FACILITADOR: NADIA VANEGAS - MARCELYS GUETTE - JENIFER VANEGA

DIRECCIÓN: CORIALIDAD
LUGAR: EL BOSQUE
LOCALIDAD: SUROCCIDENTE
HORA: 6:00 AM

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA 1	2	3	4	5	6	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Brayner Díaz González	1042216617							3024276787	M			Sec. Tránsito y Seg. Vial	bdiazg@barranquilla.gov.co	
2	Alejandro Fernández	1140881485							3103285548	M			Triple A	alejandro.fernandez3@aaa.com.co	
3	Yaniris Arteaga	32716784							3008311378	F			Asoc. Tenaciclot		
4	Nombre Apellido	72.223.202							3046095797	M			Fenaciclor		
5	Jhonathan Bolivar	1047237718							3242647464	M			Triple A.		
6	Sarary Bolívar C.	1192796344							3167498216	F			Triple A		
7	John Jairo Bustillo Pareja	1140903540							3167758729	M			OCSS		
8	Wilson Solano	72137414							3145957859	M			Triple A		
9	Stefany Jolcanes	1143430650							3203738680	F			IED. Simón Bolívar		
10	Celina Camacho	33281959							3114308837	F			IED. Simón Bolívar		
11	Martha Tenes	32860185							3175743208	F			IED Meira Delmar		
12	Armando Cabrera	72200994							3106828788	M			IED Meira Delmar		
13	José Torres Gómez	72186641							3165645504	M			IEPT Meira Delmar		
14															

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para **CURSO DE VIDA** Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6: (60 años o más)
Para **SEXO** Marque con el numero correspondiente: (1= Femenino), (2 = Masculino), (3= LGBTI)
Para **ETNIA** Marque con el numero correspondiente: (1= AFRODESCENDIENTES), (2 = INDÍGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM – GITANO -), (5= OTRO).
Para **GRUPO VULNERABLE** Marque con el numero correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 =MIGRANTE), (7 OTROS).



















