GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia	**SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA**	Código: FO-M2-P5-600
	ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS DE HOGARES GERIATRICOS O DE LARGA ESTANCIA	Versión: 01
		Fecha Aprobación: 08-04-2021

MUNICIPIO:	SONSON	**FECHA:**	28/11/2023	**ACTA N°:**	GE-003-057561106201-2I3MJC	**NÚMERO DE ADHESIVO:**	012131

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD:
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

RAZÓN SOCIAL	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN ANTONIO														
CÉDULA / NIT	890980477							**NÚMERO DE INSCRIPCIÓN**	05756110620154357						
NOMBRE COMERCIAL	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN ANTONIO														
DIRECCIÓN	CARRERA 10 NUMERO 7 71							**MATRICULA MERCANTIL**	NO APLICA						
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA							**MUNICIPIO**	SONSON						
Barrio		**Vereda**		**Comuna**		**Localidad**		**Sector**		**Corregimiento**		**Caserio**		**UPZ**	
Otros		**Cuál**													
TELÉFONOS	8691191, 3146413351							**CORREO ELECTRÓNICO**	CBA@SONSON-ANTIOQUIA.GOV.CO						
NOMBRE DEL PROPIETARIO/ REP LEGAL	CENTRO DE BIENESTAR AL ANCIANO SAN ANTONIO														
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C.		C.E.		NIT	X	**Número de documento**	890980477							
NOMBRE DEL DIRECTOR	DAMARIS DE JESUS MUÑOZ LOPEZ														
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C.	X	C.E.		NIT		**Número de documento**	39192274							
CORREO ELECTRÓNICO	CBA@SONSON-ANTIOQUIA.GOV.CO														
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	CARRERA 10 NUM 7-71														
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:							SI	X	NO						
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA	CBA@SONSON-ANTIOQUIA.GOV.CO														
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA						**MUNICIPIO**	SONSON							
HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	24/7 TURNOS ROTATIVOS						**N° DE TRABAJADORES**	**ADMON:**	4	**OPERATIVOS:**	18				
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS LABORALES	22														
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	22														
CÓDIGO CIIU	SI		NO		**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD EVIDENCIADA:**										
INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO:							**Numero de Habitaciones:**	34							

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA.

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	21/09/2021	**TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA**	FAVORABLE	X	**% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN**	0.0
N°ACTA DE ULTIMA	GE-2-05756110620154357		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
			DESFAVORABLE			

MOTIVO DE LA VISITA.

PROGRAMACIÓN	X	SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	
OTRO		Especifique:			
NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR					

CRITERIOS DE EVALUACIÓN.

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC. Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	**DOCUMENTADO**		**OBSERVACIONES**
	SI	**NO**	

Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)	X		
Hojas de Seguridad de las sustancias empleadas labores de limpieza, desinfección y mantenimiento (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979)(Art 8 ley 55 de 1993)	X		
El hogar cuenta con concepto sanitario , de acuerdo con la Resolución 2674 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social o norma que la modifique o sustituya, independiente de si los alimentos son preparados en el Centro o suministrados por proveedor.	X		
Si se requiere de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.	X		
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a la autoridad ambiental)	X		

I. CONDICIONES LOCATIVAS,SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS Y AREAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, plantas de beneficio, cementerios y en general de focos de insalubridad e inseguridad. No existe riesgo de erosión e inundación (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.2	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección, resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		SE OBSERVA DRENAJES EN EL PISO 1, EN UNO DE LOS BAÑOS Y EN BAÑO DE DUCHAS, SIN PROTECCION POR REJILLA.
1.3	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos, impermeables, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		LOS TECHOS DEL ESTABLECIMIENTO SON DE MATERIAL ABSORBENTE, SUPERFICIE NO LISA.
1.4	La ventilación natural y artificial es adecuada para el uso.(Art 196 y 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.5	La iluminación natural y artificial es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.6	El establecimiento cuenta con un ambiente para comedor, contiguo al servicio de cocina, destinado al consumo de los alimentos, suficiente para albergar simultáneamente como mínimo el cincuenta por ciento (50%) de los residentes	2	1	0		SE OBSERVA EN AREA DE COMEDORES, 2 MESAS PLASTICAS CON DETERIORO.
1.7	El establecimiento cuenta con cocina con los siguientes ambientes: para recepción, almacenamiento de víveres secos, refrigeración para víveres perecederos, despensa diaria, preparación, cocción y distribución de alimentos con cumplimiento de normatividad vigente para inocuidad de alimentos	2	1	0		
1.8	Las escaleras y rampas son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		
1.9	Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas están diseñados, construidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (art 117 de la Ley 9)	2	1	0		
1.10	Las áreas de circulación deberán estar claramente demarcadas, tener la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y estar provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes (Art 93 ley 9 de 1979) , Los corredores internos cumplen con las disposiciones establecidas en el (Art 46 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	21.0				La calificación del bloque corresponde al _25_____ % del total del acta

2.CONDICIONES SANITARIAS Y DE DORMITORIOS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con: servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de la población beneficiaria (inodoros lavamanos y Ducha). (Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 188 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
2.2	Las habitaciones cuentan con iluminación y ventilación natural adecuada y suficiente, espacio adecuado para desplazamiento de las personas según su autonomía. (Art 196 Y 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
2.3	Las habitaciones están diseñadas para albergar un mínimo de personas para la cual fue diseñada (Art 171 ley 9 de 1979)	4		0		C

2.4	En las habitaciones el mobiliario esta compuesto por guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochero por cama, se encuentran en buen estado y en condiciones optimas de aseo y limpieza.	**3**	**1.5**	**0**			
2.5	La ropa de cama, lencería, cortinas, persianas se encuentra en buenas condiciones de aseo y limpieza, así como en buen estado (Art 207 ley 9 de 1979)	**3**	**1.5**	**0**			
2.6	Los colchones y almohadas están en buen estado de aseo y limpieza, cuentan con elementos para la protección de fluidos corporales en caso de derrame. (Art 207 ley 9 de 1979)	**3**	**1.5**	**0**			
2.7	Los baños utilizados por los beneficiarios, se encuentran en buen estado y aseados (Art 207 ley 9 de 1979)	**3**	**1.5**	**0**			
2.8	Las habitaciones, baños y áreas comunes cuentan con contenedores para la segregación de los residuos generados(Art 199 Ley 9 de 1979)	**2**	**1**	**0**			
2.9	Dispone de área independiente con poceta o unidades para lavado y desinfección de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. (Art 207 ley 9 de 1979)	**1**	**0.5**	**0**			
2.10	El establecimiento se mantiene en orden, aseado y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones, equipo y lencería documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	**3**	**1.5**	**0**			
2.11	En el área de lavandería se cuenta con las áreas separadas, los equipos, maquinarias y herramientas en buen estado y se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo (Art 91, Art 112 Ley 9 de 1979)	**2**	**1**	**0**			
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	30.0				La calificación del bloque corresponde al __30_____% del total del acta	
3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO							
	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**	
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo	**2**	**1**	**0**			
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	**3**		**0**			**C**
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo (Art 175 y 176 Ley 9 de 1979)	**1**	**0.5**	**0**			
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable, debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	**2**	**1**	**0**			
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio, el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	**1**	**0.5**	**0**			
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**	
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otro sistemas alternativos. (Art 36 Ley 9 de 1979)	**2**	**1**	**0**			
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable (Art 177 Ley 9 1979)	**2**	**1**	**0**			
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**	
3.3.1	Cuenta con plan de gestión integral de residuos documentado e implementado.	**2**	**1**	**0**			
3.3.2	Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979)	**2**	**1**	**0**			
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que faciliten su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos (Art 199 Ley 9 de 1979)	**2**	**1**	**0**			
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**	
3.4.1	Existe un programa de control integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 79)	**2**	**1**	**0**			

3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación. (Art 168 Ley 09 de 79)	**4**		**0**			**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		25.0				La calificación del bloque corresponde al ___25____% del total del acta	

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTION DEL RIESGO							
	ASPECTO A VERIFICAR	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**	
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	**5**	**2.5**	**0**			
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	**3**	**1.5**	**0**			
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	**3**	**1.5**	**0**			
4.4	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	**4**	**2**	**0**			
4.5	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 240 de ley 9 de 1979)	**3**	**1.5**	**0**			
4.6	El establecimiento cuenta con un área para el almacenamiento seguro de sustancias químicas empleadas. y estas se encuentran rotuladas e identificadas (Art 121 de ley 9 de 1979)	**2**	**1**	**0**			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		20.0				La calificación del bloque corresponde al ___20____% del total del acta	

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	**CONCEPTO.**Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		**NIVEL DE CUMPLIMIENTO**	
96.0%	x	**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 No cumplimiento de las condiciones higiénico-sanitario, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50-94%	
		DESFAVORABLE	MENOR A 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	0
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:
VER ITEMS CON HALLAZGOS EN EL ACTA.
Por parte del establecimiento:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA:NO

	Clausura temporal total:		Clausura temporal parcial:		
	Suspensión total de trabajos o servicios:		Suspensión parcial de trabajos o servicios:		
	Decomiso:		Congelación:		Destrucción o desnaturalización:

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

¿SE TOMÓ LA MUESTRA?	SI		NO		

VIII. NOTIFICACION DEL ACTA

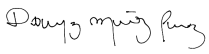
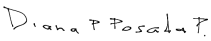
Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 28/11/2023 en el municipio de SONSON. De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento 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	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INSTITUCION
	MARIBEL DAVILA RIOS	CC-1017197153	TAS	SONSON

POR PARTE DEL OBJETO DE IVC

FIRMA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INSTITUCION
	DAMARIS DE JESUS MUÑOZ LOPEZ	CC-39192274	DIRECTOR	
	DIANA PATRICIA POSADA PATIÑO	CC-1047965569	RESPONSABLE SISTEMA DE GESTION	

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia	SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA	Código: FO-M2-P5-591
	ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009	Versión: 02
		Fecha Aprobación: 08-04-2021

MUNICIPIO	SONSON	**FECHA: año / mes /día**	28/11/2023

OBJETOS DE INSPECCION Y VIGILANCIA SANITARIA

Vivienda Transitoria		Carcelarios		Diversión Pública	
Industriales		Espectáculo Público		Educativos	
Hospitalarios y Similares		Comerciales		Cuartelarios	
Otro	X	Cual? Hogar geriatrico o de larga estancia			

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INSPECCION Y VIGILANCIA

RAZÓN SOCIAL	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN ANTONIO																
NIT	890980477																
NOMBRE COMERCIAL	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN ANTONIO																
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA							**MUNICIPIO**	SONSON								
Barrio		**Vereda**		**Comuna**		**Localidad**		**Sector**		**Corregimiento**		**Caserio**		**UPZ**			
Otros		**Cuál**															
TELÉFONOS	8691191, 3146413351							**CORREO ELECTRÓNICO**	CBA@SONSON-ANTIOQUIA.GOV.CO								
NOMBRE DEL PROPIETARIO	CENTRO DE BIENESTAR AL ANCIANO SAN ANTONIO																
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C.		C.E.		NIT	X	**Número de documento**	890980477									
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL																	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C.		C.E.		NIT		**Número de documento**										
CORREO ELECTRÓNICO																	
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:								SI	X	NO							
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA	CBA@SONSON-ANTIOQUIA.GOV.CO																
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA							**MUNICIPIO**	SONSON								

MOTIVO DE LA VISITA.

PROGRAMACIÓN	X	SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS	
OTRO		Especifique:			
NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR					

EVALUACIÓN	
CUMPLE	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
NO CUMPLE	Cuando NO cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar
NO APLICA	Cuando el aspecto a verificar no corresponde al objeto a vigilar

ASPECTOS A INSPECCIONAR Y VIGILAR (Marque con una X)

ASPECTO A VERIFICAR	DETALLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	DESCRIPCION
1. El establecimiento cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco.	Prohibe el consumo de tabaco y sus derivados en el objeto de IVC incluyendo las áreas de atención al público y áreas de espera tales como terrazas, jardines aleros, parasoles entre otros.	X			
1. El establecimiento cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco.	No puede contar con zonas de fumadores	X			
1. El establecimiento cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco.	No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados. Ej: ceniceros, fósforos, encendedores, presencia de colillas, entre otros.	X			

2. El establecimiento cuenta con las siguientes señalizaciones (Artículo 2 y Artículo 20 Literal b de la Ley 1335 de 2009): 1. Señalización "Ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y 2. Señalización "Prohibida la venta de productos de tabaco y sus derivados a menores de edad"	La señalización contará con la siguiente información: Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados" Dimensiones del aviso dependiendo del área: Opc 1: áreas menores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 30 cm de largo * 15 cm de ancho. Opc 2: áreas mayores a 100 m2, el tamaño del aviso deberá ser de 50 * 35 cm El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300.	X			
2. El establecimiento cuenta con las siguientes señalizaciones (Artículo 2 y Artículo 20 Literal b de la Ley 1335 de 2009): 1. Señalización "Ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y 2. Señalización "Prohibida la venta de productos de tabaco y sus derivados a menores de edad"	La señalización contara con la siguiente información, Frase:" Prohibida la Venta de Tabaco, Cigarrillos y sus derivados a menores de edad " Parágrafo 1, artículo 2. Este anuncio en ningún caso hará mención a marcas, empresas o fundaciones de empresas tabacaleras; ni empleará logotipos, símbolos, juegos de colores, que permitan identificar alguna de ellas. Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 15 cm de largo * 30 cm de ancho. El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300	X			
3. El establecimiento adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas que se encuentren fumando en el lugar. Literal C, artículo 20 de la Ley 1335 de 2009	Generar acciones como:, pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el local o ponerse en contacto con la autoridad de polícia.	X			
4. El establecimiento cumple con las prohibiciones del uso de máquinas expendedoras o dispensadores mecánicos de productos de tabaco, en lugares y puntos de venta en los cuales hay libre acceso de los menores de edad. Parágrafo 3 del Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009.	Se debe verificar que los productos de tabaco no sean accesibles desde los estantes al público sin ningún tipo de control.	X			
5. El establecimiento cumple con las prohibiciones de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados. Artículos 14,15, 16 y 17 de la Ley 1335 de 2009.	Elementos promocionales o publcitarios tales como:Vallas, pancartas, murales, afiches, carteles o similares móviles o fijos relacionados con la promoción del tabaco y sus derivados. Exhibidores, elementos promocionales, entre otros.	X			
6. Cumple con la prohibicion de venta por unidad de productos de tabaco y sus derivados. Parágrafo del artículo 3 de la Ley 1335 de 2009.	A partir del 21 de Julio del 2011 quedó prohibida la venta por unidad de productos de tabaco o sus derivados.	X			
7. El etiquetado y empaquetado que se encuentre en el establecimiento cumple con las disposiciones del artículo 13 de la Ley 1335 de 2009, sobre advertencias sanitarias	Parágrafo 1°, Artículo 13, Ley 1335 de 2009. En todos los productos de cigarrillo, tabaco y sus der ivados, se deberá expresar clara e inequívocamente, en la imagen o en el texto, según sea el caso y de manera rotativa y concurrente frases de advertencia y pictogramas, cuya rotación se hará como mínimo anualmente - 21 de Julio de cada año. Resolución 3961 de 2009 y Resolución 5914 de 2018.	X			
8. El establecimiento cumple con la prohibición de vender productos de tabaco a menores de edad. Articulo 2 de la Ley 1335 de 2009.	No vende, ni permite el consumo de tabaco y sus derivados a menores de edad.	X			
9.El establecimiento no vende cigarrillos en cajetillas menores de 10 unidades	Verificar que las cajetillas de cigarrilos sean de minimo 10 unidades de Cigarrillos	X			

FIRMA DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 28/11/2023 en el municipio de SONSON . De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

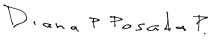
OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VISITA

OBSERVACIONES DE QUIEN ATIENDE LA VISITA

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	INSTITUCION
MARIBEL DAVILA RIOS	CC-1017197153	TAS	Maribel Dávila R.	SONSON

POR PARTE DEL OBJETO INSPECCIONADO O VIGILADO

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	INSTITUCION
DAMARIS DE JESUS MUÑOZ LOPEZ	CC-39192274	DIRECTOR		
DIANA PATRICIA POSADA PATIÑO	CC-1047965569	RESPONSABLE SISTEMA DE GESTION		

TESTIGOS DE LA VISITA DE INSPECCION Y/O VIGILANCIA

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	INSTITUCION