



 GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DE CAUCA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO		MM0901.03.11.P002.F014 VERSION 001	
Ciudad	Santiago de Cali	FECHA	17/04/2024	CÓDIGO OBJETO	123
TIPO DE ESTABLECIMIENTO		<input checked="" type="checkbox"/> Establecimiento Comercial <input type="checkbox"/> Establecimiento de Espectáculos Públicos <input type="checkbox"/> Establecimiento de Diversión Pública			
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD		SSD CALI			
IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO					
* CAMPO OBLIGATORIO					
* RAZÓN SOCIAL		Bluefields Financial Colombia en Reorganización			
* CÉDULA / NIT		900466196-1			
* NOMBRE COMERCIAL		Hoteles SPIWAK			
* DIRECCIÓN		AV 60 + 36 NOROCCIDENTAL - 18		MATRÍCULA MERCANTIL 827386-8	
* DEPARTAMENTO		Valle del Cauca		NÚMERO DE INSCRIPCIÓN	
Barrío	<input checked="" type="checkbox"/>	Vereda	<input type="checkbox"/>	Comuna	02
Sector	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Caserío	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	Cual	C.C. Chiripichape		
TELÉFONOS		3959999		CORREO ELECTRÓNICO	
CORREO ELECTRÓNICO		Contadorinmobiliaria@spiwak.com			
NOMBRE DEL PROPIETARIO		Angel Spiwak Knorpe			
* DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		CC	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>
		NIT	<input type="checkbox"/>	* Número de documento 17 172769	
* NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		Angel Spiwak Knorpe			
* DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		CC	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>
		NIT	<input type="checkbox"/>	* Número de documento 17 172769	
CORREO ELECTRÓNICO		Contadorinmobiliaria@spiwak.com			
* DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN		AV 60 + 36 NOROCCIDENTAL - 18			
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA		Contadorinmobiliaria@spiwak.com			
* DEPARTAMENTO		Valle del Cauca		* MUNICIPIO Santiago de Cali	
* HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO		24/7		N° DE TRABAJADORES 233	
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES		SI			
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL		SI			
CÓDIGO CIU		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
		DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD Hotel			
CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA					
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	23/04/2024	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE	<input checked="" type="checkbox"/>	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN 98 %
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA	AG 001008		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	
	AG 001008		DESFAVORABLE	<input type="checkbox"/>	
* MOTIVO DE LA VISITA					
PROGRAMACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	SOLICITUD DEL INTERESADO	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS		
SOLICITUD OFICIAL	<input type="checkbox"/>	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.		
OTRO	Especifique: VPSita Seguimiento Cop-16				
NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR					

 ALCALDIA DE SAN JUAN DE LOS RIOS DEPARTAMENTO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PUBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO		MMDS01 03 11 P002 F014 VERSIÓN 001		
CRITERIOS DE EVALUACIÓN						
Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descriptos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar					
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descriptos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar					
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descriptos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar					
Critico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y debe aplicarse Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales					
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC. Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciará como Cumple (C) y se indicará en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)					
REVISIÓN DOCUMENTAL						
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)		✓				
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		✓				
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		✓				
En caso de requerir 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		✓				
I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD						
1. CONDICIONES LOCATIVAS						
	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162, 163 Ley 9 de 1979)	(5)	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	(4)	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	(3)	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	(1)	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión (Art 117 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidas de material antideslizantes (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985)	(1)	2	0		
1.7	La ventilación es adecuada para el uso (Art 197 Ley 9 de 1979)	(1)	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso (Art 196 Ley 9 de 1979)	(1)	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al <u>30</u> % del total del acta				

		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)				MMDS01.03.11.P002.F014	
		ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO				VERSIÓN	001
2. CONDICIONES SANITARIAS							
	ASPECTO A VERIFICAR	C	GP	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 los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10		0		CR	
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (Art 207 ley 9 de 1979)	6	3	0			
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4	2	0			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al <u>20</u> % del total del acta					
3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO							
3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA		C	GP	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)	4		0		CR	
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	2	1	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		Se dejan Hallazgos en acta # 600622	
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)	2	1	0			
3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS		C	GP	NC	NA	HALLAZGOS	
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo (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	2	1	0			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al <u>14</u> % del total del acta					

 MUNICIPIO DE SAN CARLOS DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO				MMD501 03 11.P002 F014 VERSION: 001	
3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO							
3.3 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado.	2	1	0		Se notifica en acta # 001181	
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias.	3	1.5	0			
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	2	1	0			
3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	1	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)	5		0			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al <u>11.5</u> % del total del acta					
4. CONDICIONES DE SEGURIDAD - GESTIÓN DEL RIESGO							
ASPECTO A VERIFICAR		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	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 206 Ley 9 de 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0			
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0			
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto luminica y pasamanos (Art 48 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0			
4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento (Art 54 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	0			
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios (Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al <u>20</u> % del total del acta					

* Kingman

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO	MMS01.03.11.P002.F014 VERSIÓN 001
--	--	--------------------------------------

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI NO		
<input type="checkbox"/> Clausura temporal total	<input type="checkbox"/> Decomiso	<input type="checkbox"/> Vacunación personas o animales
<input type="checkbox"/> Clausura temporal parcial	<input type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización	<input type="checkbox"/> Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
<input type="checkbox"/> Suspensión parcial de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/> Congelación	<input type="checkbox"/> Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda
<input type="checkbox"/> Suspensión total de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/> Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles	
<input type="checkbox"/> Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades		
N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA 		

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS	
DÍAS HÁBILES PLAZO	—
FECHA INICIO PLAZO	—
FECHA LIMITE DE PLAZO	—

VII. 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 <u>17</u> del mes de <u>Oct</u> del año <u>2024</u> en la Ciudad de <u>Cali</u> .	
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: <u>Alexander Palacios =</u>	FIRMA: <u>[Firma]</u>
NOMBRE: <u>Alexander Palacios =</u>	NOMBRE: <u>Juan C. Grillo</u>
CÉDULA: <u>66861291 =</u>	CÉDULA: <u>94337203</u>
CARGO: <u>tecnico de salud</u>	CARGO: <u>Contratista</u>
INSTITUCIÓN: <u>UESA works</u>	INSTITUCIÓN: <u>Sec Salud de Cali</u>

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: <u>[Firma]</u>	FIRMA: <u>[Firma]</u>
NOMBRE: <u>Ana Mercedes Meneses Tz.</u>	NOMBRE: <u>Cindy Milay Payan A.</u>
CÉDULA: <u>2443831189</u>	CÉDULA: <u>1088886157</u>
INSTITUCIÓN: <u>[Español]</u>	INSTITUCIÓN: <u>[Español]</u>
CARGO: <u>Analista de calidad</u>	CARGO: <u>Contratista</u>