

ACTA N°

* CAMPO OBLIGATORIO

TAMAÑO DEL ESTABLECIMIENTO:	Riesgo IV y V (50 o menos trabajadores)	☐	Riesgo I,II y III (51 a 200 trabajadores)	☐
	Riesgo I,II y III (11 a 50 trabajadores)	☐	Riesgo I,II y III (1 a 10 trabajadores)	☒

***MOTIVO DE LA VISITA**

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

3. EVALUACIÓN

Powered by  CamScanner

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	SI	NO	NA	EVIDENCIAS/OBSERVACIONES
4	Plan Anual de Trabajo	✓			
5	Realización de los exámenes médicos ocupacionales	✓			
6	Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa		✓		
7	Implementación las medidas de prevención y control de peligros/riesgos	✓			

CALIFICACIÓN TOTAL

4. CALIFICACIÓN				
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO	Los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de SST son de obligatorio cumplimiento para todas las personas naturales y jurídicas. > Si el puntaje obtenido es menor al 60% es CRÍTICO > Si el puntaje obtenido está entre el 61 y 85% es MODERADAMENTE ACEPTABLE > Si el puntaje obtenido es mayor al 86% es ACEPTABLE
	ACEPTABLE		86% - 100%	
	MODERADAMENTE ACEPTABLE		61% - 85%	
	CRÍTICO		≤ 60%	

5. OBSERVACIONES

Por parte de la Autoridad: se recomienda realizar identificación de peligros, registro de capacitaciones.

Por parte del Establecimiento:

6. CUMPLIMIENTO EXIGENCIAS

De conformidad con lo establecido en la legislación en materia de Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo, vigente, especialmente la Resolución 0312 de 2019, La ley 9 de 1979, Resolución 2400 de 1979, Decreto 614 de 1984, Decreto 1295 de 1994, Ley 1010 de 2006, Ley 100 de 1993, Resolución 1016 de 1989, Resolución 1401 de 2007, Resolución 2346 de 2007, Resolución 2646 de 2008, Resolución 1409 de 2012, Ley 1562 de 2012, Decreto ley 1072/2015 y demás reglamentación en particular, para el cumplimiento de las anteriores exigencias se concede un plazo máximo de 30 días a partir de la notificación.

En caso de incumplimiento se procederá a enviar informe a la Dirección Territorial del Ministerio De Trabajo.

7. FIRMAS

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 03 del mes de Diciembre del año 2024 en la Ciudad de Qopay.
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

FIRMA:	<u>Carolina Ortiz</u>	FIRMA:	
NOMBRE:	<u>Carolina Ortiz Zorno</u>	NOMBRE:	
CÉDULA:	<u>1118 544 805</u>	CÉDULA:	
CARGO:	<u>Profesional de apoyo</u>	CARGO:	
INSTITUCION	<u>Secretaría de Salud municipal</u>	INSTITUCIÓN:	

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	<u>[Firma]</u>	FIRMA:	
NOMBRE:	<u>Gesiel Dorro Rubiono</u>	NOMBRE:	
CÉDULA:	<u>7723 278</u>	CÉDULA:	
CARGO:	<u>gerente</u>	CARGO:	