

SECRETARÍA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE YOPAL  
ACTA DE INSPECCIÓN DE RIESGOS LABORALES



FECHA 09/12/2024

ACTA N°

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

\*CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL NOTOSERVIS del Llano  
 CÉDULA / NIT 74183181-4 NOMBRE COMERCIAL NOTOSERVIS del Llano.  
 DIRECCIÓN Cll 24 # 19-55 BARRIO O VEREDA Provinciana.  
 TELÉFONOS 3118112632 CORREO ELECTRÓNICO notoservista24@gmail.com  
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Huorico Acevedo Cely  
 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ CE ☐ N° de documento 74183181  
 CÓDIGO CIIU 6939 SECTOR ECONÓMICO Mantenimiento y reparación.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

Comercio de motocicletas y partes, piezas y accesorios.

AFILIACIONES EPS SI ☒ NO ☐ AFP SI ☒ NO ☐ CCF SI ☒ NO ☐ N° EMPLEADOS ADITIVOS 1 OPERATIVOS 2

AFILIACIÓN A ARL SI ☒ NO ☐ CUAL? POSTAL CLASE DE RIESGO 1

\* Respecto a la asesoría de la ARL para actividades de Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST). Responda (SI) o (NO) según corresponda y (N/A) en caso de no evidenciar afiliación por parte del establecimiento.

Ha Realizado acciones de promoción y prevención en salud SI ☒ NO ☐ NA ☐  
 Ha recibido asesoría para el diseño del programa del SG-SST SI ☐ NO ☒ NA ☐  
 No ha recibido ningún tipo de asesoría de parte de la ARL SI ☐ NO ☒ NA ☐

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) ☒

2. ÚLTIMA VISITA

|                                   |                   |                                      |                         |                                     |                                           |               |
|-----------------------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|
| FECHA ÚLTIMA VISITA DE INSPECCIÓN | <u>18/06/2024</u> | TIPO DE CONCEPTO DE LA ÚLTIMA VISITA | ACEPTABLE               |                                     | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | <u>59,21.</u> |
| NÚMERO ACTA ÚLTIMA VISITA         |                   |                                      | MODERADAMENTE ACEPTABLE |                                     |                                           |               |
|                                   |                   |                                      | CRÍTICO                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                                           |               |

\*MOTIVO DE LA VISITA

SEGUIMIENTO ☒ SOLICITUD DEL INTERESADO ☐ ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS ☐  
 INSPECCIÓN ☐ OTRO ☐ Especifique:

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

CUMPLE TOTALMENTE (CT) En caso de cumplir totalmente el ítem evaluado se encierra con un círculo el valor que le aplica a la pregunta  
 NO CUMPLE (NC) En caso de NO cumplir totalmente el ítem evaluado se encierra con un círculo (0)  
 NO APLICA (NA) En caso que el ítem evaluado no aplique a la empresa se debe marcar con una X en la casilla NA. Si no le aplica se le asigna el valor de la casilla CT

3. EVALUACIÓN

| ÍTEM | ASPECTO A VERIFICAR                                                                                                                             | CT                                  | NC                                  | NA | EVIDENCIAS/OBSERVACIONES |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----|--------------------------|
| 1    | Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST                                                                    |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |                          |
| 2    | Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |    |                          |
| 3    | Capacitación, Inducción y Reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST actividades de Promoción y Prevención PyP | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |    |                          |

| 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<br>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<br>> Si el puntaje obtenido es menor al 60% es CRÍTICO<br>> Si el puntaje obtenido está entre el 61 y 85% es MODERADAMENTE ACEPTABLE<br>> Si el puntaje obtenido es mayor al 86% es ACEPTABLE |
| 28,6%             | ACEPTABLE                                                               | 86% - 100%            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                   | MODERADAMENTE ACEPTABLE                                                 | 61% - 85%             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                   | CRÍTICO                                                                 | ≤ 60%                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

#### 5. OBSERVACIONES

Por parte de la Autoridad: Se le recomienda implementar el sistema de seguridad y salud en el trabajo, realizar capacitaciones sobre autocuidado, actos y condiciones inseguras, uso adecuado de elementos de protección personal.

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 2018, 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 09 del mes de Diciembre del año 2019 en la Ciudad de Bogotá.

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:       | CAROLINA OCHOA          | FIRMA:       |  |
| NOMBRE:      | CAROLINA OCHOA ZORRO    | NOMBRE:      |  |
| CÉDULA:      | 118544805               | CÉDULA:      |  |
| CARGO:       | PROFESIONAL DE APOYO    | CARGO:       |  |
| INSTITUCIÓN: | SECRETARÍA SALUD HONAPU | INSTITUCIÓN: |  |

#### POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

|         |                           |         |  |
|---------|---------------------------|---------|--|
| FIRMA:  | ADRIANA ACEVEDO           | FIRMA:  |  |
| NOMBRE: | ADRIANA DEL PILAR ACEVEDO | NOMBRE: |  |
| CÉDULA: | 1057601654                | CÉDULA: |  |
| CARGO:  | ADMINISTRADORA            | CARGO:  |  |