

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



FECHA 16 12 2024.

ACTA N°

* CAMPO OBLIGATORIO

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*RAZON SOCIAL Caltado Dinero RS
 *CÉDULA / NIT 74323566.-2. *NOMBRE COMERCIAL Caltado Dinero RS
 *DIRECCIÓN Cra 19# 6-45. BARRIO O VEREDA El Gavan
 TELÉFONOS 3112159302. CORREO ELECTRÓNICO _____
 *NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Onor Bawiner
 *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ *N° de documento 74323566.
 *CODIGO CIU 9523 SECTOR ECONÓMICO _____
 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD Reparación de Caltado.

AFILIACIONES EPS SI ☐ NO ☒ AFP SI ☐ NO ☒ CCF SI ☐ NO ☒ N° EMPLEADOS ADITIVOS 1 OPERATIVOS 2
 AFILIACION A ARL SI ☐ NO ☒ CUAL? _____ CLASE DE RIESGO ☐

* Respecto a la asesoría de la ARL para actividades de Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST). Responda (SI) ó (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	TIPO DE CONCEPTO DE LA ÚLTIMA VISITA	ACEPTABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN
NUMERO ACTA ÚLTIMA VISITA		MODERADAMENTE ACEPTABLE	
		CRÍTICO	

* 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 la casilla CT

3. EVALUACIÓN

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	CT	NC	NA	EVIDENCIAS/OBSERVACIONES
1	Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST		X		
2	Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales		X		
3	Capacitación, Inducción y Reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, actividades de Promoción y Prevención PyP		X		

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	CY	NC	NA	EVIDENCIAS/OBSERVACIONES
4	Plan Anual de Trabajo		X		
5	Realización de los exámenes médicos ocupacionales		X		
6	Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa		X		
7	Implementación las medidas de prevención y control de peligros/riesgos		X		

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
≤ 60%	ACEPTABLE	86% - 100%	
	MODERADAMENTE ACEPTABLE	61% - 85%	
	CRÍTICO	≤ 60%	

5. OBSERVACIONES

Por parte de la Autoridad: El establecimiento cuenta con extintor vigente, tiene botiquín, el apa de baño tiene bolsa de basura, cuenta con agua, jabón líquido.

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

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:	<i>[Firma]</i>	FIRMA:	
NOMBRE:	<i>[Nombre]</i>	NOMBRE:	
CÉDULA:	118544805	CÉDULA:	
CARGO:	PROF D.	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	SSM	INSTITUCIÓN:	

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	<i>[Firma]</i>	FIRMA:	
NOMBRE:	Mer. Rainer B	NOMBRE:	
CÉDULA:	74 323 566	CÉDULA:	
CARGO:	Propietario	CARGO:	

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



FECHA 11/12/2024

ACTA N°

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

PO OBLIGATORIO

RAZON SOCIAL Compraventa JR.
EDULA / NIT 1118369808-8 *NOMBRE COMERCIAL Compraventa JR.
DIRECCIÓN Cra 19 # 16-27 BARRIO O VEREDA El Gaven
TELÉFONOS 3219279793 CORREO ELECTRÓNICO jhonatavarez@gmail.com
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Jhonatan Steven Reyes Rodriguez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ *N° de documento
CODIGO CIU 0161 SECTOR ECONÓMICO Comercio

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

Compraventa

LIACIONES EPS SI ☐ NO ☒ AFP SI ☐ NO ☒ CCF SI ☐ NO ☒ N° EMPLEADOS AD/TIVOS ☐ OPERATIVOS ☒
LIACION A ARL SI ☐ NO ☒ CUAL? CLASE DE RIESGO

Respecto a la asesoría de la ARL para actividades de Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST). Responda (SI) ó (NO) según corresponda y (N/A) en caso de 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 ☐

IAÑO 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

ÚLTIMA VISITA DE INSPECCIÓN	TIPO DE CONCEPTO DE LA ÚLTIMA VISITA	ACEPTABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN
ÚLTIMA VISITA		MODERADAMENTE ACEPTABLE	
		CRÍTICO	

*MOTIVO DE LA VISITA

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

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

EMPLE 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

ASPECTO A VERIFICAR	CT	NC	NA	EVIDENCIAS/OBSERVACIONES
Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST		X		
Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales		X		
Capacitación, Inducción y Reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, actividades de Promoción y Prevención PyP		X		

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	CT	NC	NA	EVIDENCIAS/OBSERVACIONES
4	Plan Anual de Trabajo		X		_____
5	Realización de los exámenes médicos ocupacionales		X		_____
6	Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa		X		_____
7	Implementación las medidas de prevención y control de peligros/riesgos		X		_____

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
≤ 60%.	ACEPTABLE	86% - 100%	
	MODERADAMENTE ACEPTABLE	61% - 85%	
	CRÍTICO	≤ 60%	

5. OBSERVACIONES

Por parte de la Autoridad: El establecimiento cuenta con extintor vigente.

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

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>Emeline Ortiz Zorro</u>	FIRMA:	
NOMBRE:	<u>Emeline Ortiz Z.</u>	NOMBRE:	
CÉDULA:	<u>118549805</u>	CÉDULA:	
CARGO:	<u>Prof. Universitario</u>	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	<u>SSM</u>	INSTITUCIÓN:	

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	<u>Jonathan Reyes</u>	FIRMA:	
NOMBRE:	<u>Jonathan Javier Reyes Rodriguez</u>	NOMBRE:	
CÉDULA:	<u>118569888</u>	CÉDULA:	
CARGO:	<u>Proprietario</u>	CARGO:	

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

*RAZON SOCIAL Vidrios Sur.
*CÉDULA / NIT 1118341755-2 *NOMBRE COMERCIAL Vidrios Sur.
*DIRECCIÓN Calle #16-17 BARRIO O VEREDA El Guano.
TELÉFONOS 3138276715 CORREO ELECTRÓNICO OmarJua@hotmail.com
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Omar Jimenez
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ *N° de documento 1118341755
*CODIGO CIU SECTOR ECONÓMICO

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

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

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

* Respecto a la asesoría de la ARL para actividades de Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST). Responda (SI) ó (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	TIPO DE CONCEPTO DE LA ÚLTIMA VISITA	ACEPTABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN
NUMERO ACTA ÚLTIMA VISITA		MODERADAMENTE ACEPTABLE	
		CRÍTICO	

*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 la casilla CT

3. EVALUACIÓN

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	CT	NC	NA	EVIDENCIAS/OBSERVACIONES
1	Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	☒			
2	Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales		☒		
3	Capacitación, Inducción y Reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, actividades de Promoción y Prevención PyP		☒		

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	CT	NC	NA	EVIDENCIAS/OBSERVACIONES
4	Plan Anual de Trabajo				(completo) - tiene el documento pero no lo aplica
5	Realización de los exámenes médicos ocupacionales		X		
6	Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa	X			
7	Implementación las medidas de prevención y control de peligros/riesgos	X			

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
61%	ACEPTABLE	86% - 100%	
	MODERADAMENTE ACEPTABLE	61% - 85%	
	CRÍTICO	≤ 60%	

5. OBSERVACIONES

Por parte de la Autoridad: El establecimiento cuenta con 1 extintor vigente, cuenta con botiquín, de Salaván elementos vencidos, el baño no cuenta con jabón líquido, ni agua, no tiene la sala la falta del baño. Cuenta con la señalización pertinente. Como Recomendación Orden y aseo en el establecimiento, dar un buen ojo a la recolección del vidrio.

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

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:	<i>[Firma]</i>	FIRMA:	
NOMBRE:	Monica Alferez	NOMBRE:	
CÉDULA:	1118540805	CÉDULA:	
CARGO:	Prof. Universitario	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	SSM.	INSTITUCIÓN:	

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	Monica Alferez	FIRMA:	
NOMBRE:	Monica Yulieth	NOMBRE:	
CÉDULA:	1006554046	CÉDULA:	
CARGO:	APoyo	CARGO:	

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



FECHA 03/12/2024

ACTA N°

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL Vidrios Norte.
*CÉDULA / NIT 2788214-0 *NOMBRE COMERCIAL Vidrios Norte.
*DIRECCIÓN Calle 60 #7 - W26. BARRIO O VEREDA Barrio Jiribó
TELÉFONOS 3112785098. CORREO ELECTRÓNICO clv.cecianey.7@yopal.com
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Ines Zoribea Claudio
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ *N° de documento 2788214.
*CODIGO CIU 64752. SECTOR ECONÓMICO Comercial.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

Comercio al por menor de autoscooters de Felicitación, Pinturas y Productos de vidrio.

AFILIACIONES EPS SI ☒ NO ☐ AFP SI ☐ NO ☒ CCF SI ☐ NO ☒ N° EMPLEADOS AD/TIVOS ☒ OPERATIVOS ☒

AFILIACION A ARL SI ☐ NO ☒ CUAL? CLASE DE RIESGO

* Respecto a la asesoría de la ARL para actividades de Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST). Responda (SI) ó (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	DIAS/MES/AÑO	TIPO DE CONCEPTO DE LA ÚLTIMA VISITA	ACEPTABLE	MODERADAMENTE ACEPTABLE	CRÍTICO	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN
NÚMERO ACTA ÚLTIMA VISITA					☒	

*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 a casilla CT

3. EVALUACIÓN

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	CT	NC	NA	EVIDENCIAS/OBSERVACIONES
1	Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST		☒		No cuenta con el SG-SST
2	Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales		☒		
3	Capacitación, Inducción y Reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, actividades de Promoción y Prevención PyP		☒		

		CF	NC	NA	EVIDENCIAS/OBSERVACIONES
4	Plan Anual de Trabajo		X		
5	Realización de los exámenes médicos ocupacionales		X		
6	Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa		X		
7	Implementación las medidas de prevención y control de peligros/riesgos		X		

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:

La vidriera vidrios Norte. Cuenta con botapista, cuenta con señalización y tiene un extintor en el establecimiento. Pero está vencido. Como recomendación recargar extintor.

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

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:	<i>[Firma]</i>	FIRMA:	
NOMBRE:	Concepción Ortiz Zorro.	NOMBRE:	
CÉDULA:	1118544805.	CÉDULA:	
CARGO:	Referente Salud Ambito Laboral	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	SSM.	INSTITUCIÓN:	

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	<i>[Firma]</i>	FIRMA:	
NOMBRE:	María Ines Zuñiga	NOMBRE:	
CÉDULA:	27.882.144 MS	CÉDULA:	
CARGO:	Vendedora.	CARGO:	

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



FECHA 3 12 2024 .

ACTA N°

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

* RAZON SOCIAL Foto Registro Gaudine Puris .

* CEDULA / NIT 118564793-4 . * NOMBRE COMERCIAL Trujillo Totopos la 60 .

* DIRECCIÓN Calle 60 # 70414 b . BARRIO O VEREDA

TELEFONOS 310355 605 . CORREO ELECTRÓNICO Kevin@wz119@gmail.com

* NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Kevin Alvarez .

* DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC X CE N° de documento 118564793-4 .

* CODIGO CIU 64541 - 64542 . SECTOR ECONOMICO Comercial

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

Mantenimiento y Reparación de motocicletas y accesorios.

AFLIACIONES EPS SI NO X AFP SI NO X CCF SI NO X N° EMPLEADOS ADTIVOS 1 OPERATIVOS 4

AFLIACION A ARL SI NO X CUAL? CLASE DE RIESGO X

* Respecto a la asesoría de la ARL para actividades de Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST). Responda (SI) ó (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 X
Ha recibido asesoría para el diseño del programa del SG-SST SI NO X
No ha recibido ningún tipo de asesoría de parte de la ARL SI NO X

TAMAÑO DEL ESTABLECIMIENTO:

Riesgo IV y V (50 o menos trabajadores) Riesgo I, II y III (1 a 50 trabajadores) Riesgo I, II y III (51 a 200 trabajadores) Riesgo I, II y III (1 a 10 trabajadores) X

2. ÚLTIMA VISITA

FECHA ÚLTIMA VISITA DE INSPECCIÓN	21 de 07
NÚMERO ACTA ÚLTIMA VISITA	1

TIPO DE CONCEPTO DE LA ÚLTIMA VISITA	ACEPTABLE	
	MODERADAMENTE ACEPTABLE	
	CRÍTICO	X

% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	100
---	-----

* MOTIVO DE LA VISITA

SEGUIMIENTO SOLICITUD DEL INTERESADO ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS

INSPECCIÓN X 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 casilla CT

3. EVALUACIÓN

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	CT	NC	NA	EVIDENCIAS/OBSERVACIONES
1	Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST		X		No se evidencia d
2	Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales		X		Kevin
3	Capacitación, Inducción y Reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, actividades de Promoción y Prevención Pyp		X		

CALIFICACIÓN TOTAL		
4.CALIFICACIÓN		
CONCEPTO	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
Selección con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	86% - 100%	
ACEPTABLE	81% - 85%	
MODERADAMENTE ACEPTABLE	5-60%	
CRÍTICO		

Por parte de la Autoridad:

Por parte de la Autoridad:
El establecimiento cuenta con extinta vigiata, la CPT del bas
luchta con gaja, luchar con ager, (una) con cue
dr cho, luchar con jematatua, Piro taller Negro
electivo, tema coniente no ehan sealtadas tiruen
Parson, (entatado per dia o portante), sin afiliacio
ci TPS, AVL.

6. CUMPLIMIENTO EXIGENCIAS

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

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____ 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

7

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

FIRMA:	<i>Amelina Ortiz Zorro</i>	FIRMA:	
NOMBRE:	<i>Amelina Ortiz Zorro</i>	NOMBRE:	
CÉDULA:	<i>116540805</i>	CÉDULA:	
CARGO:	<i>R. Salud y Análisis de sangre</i>	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	<i>SEM. -</i>	INSTITUCIÓN:	
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO			
FIRMA:	<i>[Firma]</i>	FIRMA:	
NOMBRE:	<i>[Nombre]</i>	NOMBRE:	
CÉDULA:	<i>33 676 769</i>	CÉDULA:	
CARGO:	<i>Accesoria Tiquanotes</i>	CARGO:	

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



FECHA 03/12/2024

ACTA N°

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

* RAZÓN SOCIAL

* CÉDULA / NIT

* DIRECCIÓN

* TELÉFONOS

* NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

* DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

* CÓDIGO CIU

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

AFLIACIONES EPS

AFLIACIÓN A ARL

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

TAMAÑO DEL ESTABLECIMIENTO:

2. ÚLTIMA VISITA

FECHA ÚLTIMA VISITA DE INSPECCIÓN	
NÚMERO ACTA ÚLTIMA VISITA	

TIPO DE CONCEPTO DE LA ÚLTIMA VISITA	ACEPTABLE	
	MODERADAMENTE ACEPTABLE	
	CRÍTICO	

% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
---	--

* MOTIVO DE LA VISITA

SEGUIMIENTO

INSPECCIÓN

SOLICITUD DEL INTERESADO

ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS

OTRO

Especifique:

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

CUMPLE TOTALMENTE (CT)

NO CUMPLE (NC)

NO APLICA (NA)

En caso de cumplir totalmente el ítem evaluado se encierra con un círculo el valor que le aplica a la pregunta

En caso de NO cumplir totalmente el ítem evaluado se encierra con un círculo (O)

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		X		
2	Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales		X		
3	Capacitación, Inducción y Reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, actividades de Promoción y Prevención Pyp		X		

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



FECHA 03/12/2024.

ACTA N°

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

* RAZÓN SOCIAL

Tupicervia Nestalis.

* CÉDULA / NIT

1118545819-3 * NOMBRE COMERCIAL

Rejcard.

* DIRECCIÓN

Carrera 19 # 16-39

BARRIO O VEREDA

#1 bocan.

TELÉFONOS

3125327627.

CORREO ELECTRÓNICO

nestalis207@gmail.com

* NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

Peñón Alond Góticover Alvarado.

* DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

CC ☒ CE ☐

N° de documento

1118545819.

* CÓDIGO CIU

C1392.

SECTOR ECONÓMICO

Comercial.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

Tupicervia de Vehículos, Sily, Forrer.

AFLIACIONES EPS

SI ☐ NO ☒

AFP

SI ☐ NO ☒

CCF

SI ☐ NO ☒

N° EMPLEADOS

ADTIVOS

OPERATIVOS

3

AFLIACIÓN A ARL

SI ☐ NO ☒

CUAL?

CLASE DE RIESGO

CLASE DE RIESGO

* 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
Ha recibido asesoría para el diseño del programa del SG-SST

SI ☐ NO ☒ NA ☐
SI ☐ NO ☒ NA ☐

No ha recibido ningún tipo de asesoría de parte de la ARL

SI ☐

TAMAÑO DEL ESTABLECIMIENTO:

Riesgo IV y V (50 o menos trabajadores)

Riesgo I, II y III (11 a 50 trabajadores)

Riesgo I, II y III (1 a 10 trabajadores)

Riesgo I, II y III (51 a 200 trabajadores)

Riesgo I, II y III (51 a 200 trabajadores)

2. ÚLTIMA VISITA

FECHA ÚLTIMA VISITA DE INSPECCIÓN	
NÚMERO ACTA ÚLTIMA VISITA	

TIPO DE CONCEPTO DE LA ÚLTIMA VISITA	ACEPTABLE	
	MODERADAMENTE ACEPTABLE	
	CRÍTICO	

% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
---	--

* MOTIVO DE LA VISITA

SEGUIMIENTO

INSPECCIÓN

OTRO

Especifique:

SOLICITUD DEL INTERESADO

ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS

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 (O)

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 la casilla CT

3. EVALUACIÓN

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	CT	NC	NA	EVIDENCIAS/OBSERVACIONES
1	Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST		X		
2	Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales		X		
3	Capacitación, Inducción y Reinducción en Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, actividades de Promoción y Prevención Pyp		X		

ITEM	ASPECTO A VERIFICAR	CT	NC	NA	EVIDENCIAS/OBSERVACIONES
4	Plan Anual de Trabajo		X		
5	Realización de los exámenes médicos ocupacionales		X		
6	Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa		X		
7	Implementación las medidas de prevención y control de peligros/riesgos		X		

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
46%	ACEPTABLE	86% - 100%	
	MODERADAMENTE ACEPTABLE	61% - 85%	
	CRÍTICO	≤ 60%	

5. OBSERVACIONES

Por parte de la Autoridad:

El establecimiento cuenta con señalización, y extintor vigente.

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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

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:	<i>[Firma]</i>	FIRMA:	
NOMBRE:	<i>[Nombre]</i>	NOMBRE:	
CÉDULA:	11854805	CÉDULA:	
CARGO:	POT U	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	SSM	INSTITUCIÓN:	

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	<i>[Firma]</i>	FIRMA:	
NOMBRE:	Nector Guhara	NOMBRE:	
CÉDULA:	118545819	CÉDULA:	
CARGO:	Dueño	CARGO:	