



Ministerio de Salud

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD SECRETARÍA DE SALUD COTA  
ACTA GENERAL  
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO



SECRETARÍA DE  
**SALUD**  
ALCALDÍA MUNICIPAL DE COTA

CIUDAD **COTA**

FECHA

**15 de Mayo de 2024**

ACTA N°

**600.2.33.1567**

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial ☒

Establecimientos de Espectáculo Público ☐

Establecimientos de Diversión Pública ☐

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD ALCALDÍA MUNICIPAL COTA

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

\* CAMPO OBLIGATORIO

\* RAZÓN SOCIAL

**COMPANIA DE REPRESENTACIONES MEDICAS CTP MEDICA SAS.**

\* CÉDULA / NIT

**600.121.151-5**

\* NOMBRE COMERCIAL

**CTP MEDICA.**

\* DIRECCIÓN

**San miguel. Bd. 6A.**

MATRÍCULA MERCANTIL

**00443034**

\* DEPARTAMENTO

**CUNDINAMARCA**

\* MUNICIPIO

**COTA**

Barrio

Vereda

☒

Comuna

Localidad

Sector

Corregimiento

Caserío

UPZ

Otro

Cuál:

**Parcelas**

TÉLEFONOS

**320 479 3865**

CORREO ELECTRÓNICO

CORREO ELECTRÓNICO

**gestioncalidad@ctpmedica.com**

NOMBRE DEL PROPIETARIO

\* DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

C.C. ☐

C.E. ☐

NIT ☐

\* Número de documento

\* NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

**Carolina Perdomo meza.**

\* DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

C.C. ☒

C.E. ☐

NIT ☐

\* Número de documento

**52251210**

CORREO ELECTRÓNICO

**gestioncalidad@ctpmedica.com**

\* DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

**Parque San miguel. Bodega. 6A.**

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:

SI ☒

NO ☐

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

**gestioncalidad@ctpmedica.com**

\* DEPARTAMENTO

**CUNDINAMARCA**

\* MUNICIPIO

**COTA**

\* HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO

**L-V (7am-5pm)**

N° DE TRABAJADORES

**29.**

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES

**29**

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

**29.**

CÓDIGO CIUJ

**4659**

SI ☒

NO ☐

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

**Conocer el par mayor de otro tipo.**

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN
día / mes / año <b>10 de 05 de 23.</b>	FAVORABLE FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS DESAVORABLE	<b>100%.</b>
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA		

**600.2.33.1567**

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	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:	

NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR

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 evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC (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)

Nota:

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)	SI <input checked="" type="checkbox"/>	
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	SI <input checked="" type="checkbox"/>	
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	SI <input checked="" type="checkbox"/>	
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.	SI <input checked="" type="checkbox"/>	

**DEJES BOLINAS.**  
**Aguas Sabana, Jantier.**  
**NKA.**  
**THE NEXT COMPANY**



CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD						
CONDICIONES LOCATIVAS						
ASPECTO A VERIFICAR		C	GP	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)	4	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)	4	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)	4	2	0		
1.7	La ventilación es adecuada para el uso. (Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		30			La calificación del bloque corresponde al 30% del total del acta	
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		
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en 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		CR
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		20			La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta	
CONDICIONES DE SANEAMIENTO						
ASPECTO A VERIFICAR		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		
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		CR
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)	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		PAR
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		
3.3 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS		C	GP	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		
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 de cumplimiento al código de colores.	2	1	0		
3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS		C	GP	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)	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)	5		0		Ultimo control 2 FEBRERO 2024. CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		30			La calificación del bloque corresponde al 30% del total del acta	
CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTIÓN DEL RIESGO						
ASPECTO A VERIFICAR		C	GP	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		
4.3	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		
4.4	El establecimiento tiene alarma de emergencia. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		
4.5	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto lumínica y pasamanos. (Art 48 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		
4.6	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	0		
4.7	Existe botiquin de primeros auxilios. (Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		20			La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta	
11. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)						
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO			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 DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC/NA) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.	
100%	FAVORABLE	95%-100%				
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%				
	DESFAVORABLE	< 49,9%				



*[Handwritten signature across the top section]*

**V. OBSERVACIONES**

*[Handwritten signature across the Observaciones section]*

**VI. Ocupante de Establecimiento**

Ninguna

**VII. INFORMACION 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"/> Suspensión parcial de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/> Congelación	<input type="checkbox"/> Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
<input type="checkbox"/> Suspensión total de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/> Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles	<input type="checkbox"/> Descouppación o desalojamiento de establecimientos o vivienda
<input type="checkbox"/> Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades		

Nº DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

**VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS**

DÍAS HABLES PLAZO	<i>[Handwritten signature]</i>
FECHA INICIO PLAZO	<i>[Handwritten signature]</i>
FECHA LIMITE DE PLAZO	<i>[Handwritten signature]</i>

**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 15 del mes de Mayo del año 2024 en la Ciudad de COTA

**POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA**

FIRMA: <i>[Handwritten signature]</i>	FIRMA: <i>[Handwritten signature]</i>
NOMBRE: <u>John A Vargas</u>	NOMBRE: <i>[Handwritten signature]</i>
CÉDULA: <u>1070922700</u>	CÉDULA: <i>[Handwritten signature]</i>
CARGO: <u>Supervisor Ambiental</u>	CARGO: <i>[Handwritten signature]</i>
INSTITUCIÓN: <u>SECRETARÍA DE SALUD ALCALDÍA MUNICIPAL COTA</u>	INSTITUCIÓN: <i>[Handwritten signature]</i>

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

FIRMA: <i>[Handwritten signature]</i>	FIRMA: <i>[Handwritten signature]</i>
NOMBRE: <u>Juan Carlos Padron Rios</u>	NOMBRE: <i>[Handwritten signature]</i>
CÉDULA: <u>80231001 Bta</u>	CÉDULA: <i>[Handwritten signature]</i>
CARGO: <u>Jefe Sistema de Gestión</u>	CARGO: <i>[Handwritten signature]</i>
INSTITUCIÓN: <u>CTP Medica</u>	INSTITUCIÓN: <i>[Handwritten signature]</i>