| | | |
|---|---|---|
| La salud es de todos · Minsalud<br>Gobernación de Cundinamarca | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-144 |
| | GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS DE HOGARES GERIÁTRICOS O DE LARGA ESTANCIA | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

CIUDAD: La Mesa. FECHA: 19/01/2024. ACTA N°: VP2024-001.

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Cundinamarca

## IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZÓN SOCIAL: Fundación MESALUD

*CÉDULA / NIT: 900326770-6 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 50035855.

*NOMBRE COMERCIAL: Centro Comunidad de Cuidado La Mesa.

*DIRECCIÓN: Km 69 Via La Mesa - Anapoima MATRICULA MERCANTIL: —

*DEPARTAMENTO: Cundinamarca *MUNICIPIO: La Mesa.

Barrio: — Vereda: San Andres. Comuna: — Localidad: —

Sector: — Corregimiento: — Caserío: — UPZ: —

Otro: — Cuál: —

TELEFONOS: 3204989634. CORREO ELECTRÓNICO: cpslamesabrisas@gmail.com.

NOMBRE DEL PROPIETARIO/ REP. LEGAL: Omar Rondanilla Cortes

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 7.303.677.

*NOMBRE DEL DIRECTOR: Maria del Pilar Garcia Galvis

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 52.348.977.

CORREO ELECTRÓNICO: CPSlamesabrisas@gmail.com.

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Calle 4a # 27-85 (La Mesa - Cund).

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACION ELECTRONICA: SI [X] NO [ ]

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: CPSlamesabrisas@gmail.com.

*DEPARTAMENTO: Cundinamarca *MUNICIPIO: La Mesa.

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7am - 4pm D - D. N° DE TRABAJADORES: Admón. 4 Operativos 39.

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS LABORALES: 43

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: 43

CÓDIGO CIIU: SI [X] NO [ ] DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: Cuidado a Persona mayor.

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO: [✓] Numero de Habitaciones: 13

## CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 10/02/2024 | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA | FAVORABLE | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | 100%. |
| N°ACTA DE ULTIMA VISITA | VP2023-002. | | DESFAVORABLE | | |
| | | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS O PENDIENTE | | |

## *MOTIVO DE LA VISITA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROGRAMACIÓN | — | SOLICITUD DEL INTERESADO | 7 | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS | — |
| SOLICITUD OFICIAL | — | EVENTO DE INTERES EN SALUD PÚBLICA | — | SOLICITUD DE PRACTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN. | — |
| OTRO | | Especifique: | | | |

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR: 20241020088.

## 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 a evaluar |
| Crítico (CR) | La casilla "C" 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 avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC<br>**Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)** |

## REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

| DOCUMENTOS | DOCUMENTADO SI | DOCUMENTADO NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo) | ✓ | | — |
| Hojas de Seguridad de las sustancias empleadas labores de limpieza y desinfección y mantenimiento (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979)(Art 8 ley 55 de 1993) | ✓ | | — |
| El hogar cuenta con concepto sanitario , de acuerdo con la Resolución 2674 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social o norma que la modifique o sustituya, independiente de si los alimentos son preparados en el Centro o suministrados por proveedor. | ✓ | | — |
| Si se requiere 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. | ✓ | | — |
| Permiso de vertimientos ( en caso de requerir notificar a la autoridad ambiental) | | ✓ | No requiere. — |

Powered by CamScanner

| La salud es de todos · Minsalud | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-144 |
|---|---|---|
| Gobernación de CUNDINAMARCA | GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS DE HOGARES GERIÁTRICOS O DE LARGA ESTANCIA | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

## I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

### 1. CONDICIONES LOCATIVAS Y ÁREAS

| | 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, plantas de beneficio, 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) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.2 | 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 | 1.5 | 0 | | |
| 1.3 | En el establecimiento las paredes y techos son sólidos, impermeables de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979) | 3 | 1,5 | 0 | | |
| 1.4 | La ventilación natural y artificial es adecuada para el uso.(Art 196 y 197 Ley 9 de 1979) | 3 | 1,5 | 0 | | |
| 1.5 | La iluminación natural y artificial es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979) | 3 | 1,5 | 0 | | |
| 1.6 | El establecimiento cuenta con un ambiente para comedor, contiguo al servicio de cocina, destinado a la toma de los alimentos, suficiente para albergar simultáneamente como mínimo el cincuenta por ciento (50%) de los residentes | 2 | 1 | 0 | | |
| 1.7 | El establecimiento cuenta con cocina con los siguientes ambientes: para recepción, almacenamiento de víveres secos, refrigeración para víveres perecederos, despensa diaria, preparación, cocción y distribución de alimentos con cumplimiento de normatividad vigente para inocuidad de alimentos | 2 | 1 | 0 | | |
| 1.8 | Las escaleras, rampas son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | |
| 1.9 | Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas están diseñados, construidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(art 117 de la Ley 9) | 2 | 1 | 0 | | |
| 1.10 | Las áreas de circulación deberán estar claramente demarcadas, tener la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y estar provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes ( Art 93 ley 9 de 1979) , Los corredores internos se cumple con las disposiciones establecidas en el (Art 46 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | |
| **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** | | | | | | La calificación del bloque corresponde al ___25___ % del total del acta |

### 2.CONDICIONES SANITARIAS Y DE DORMITORIOS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | El establecimiento cuenta , 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 la población beneficiaria (inodoros lavamanos y Ducha). (Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 188 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 2.2 | Las habitaciones cuentan con iluminación y ventilación natural adecuada y suficiente, espacio adecuado para desplazamiento de las personas según su autonomía. (Art 196 Y 197 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 2.3 | Las habitaciones están diseñadas para albergar un mínimo de personas para la cual fue diseñada (Art 171 ley 9 de 1979) | 4 | | 0 | | C |
| 2.4 | En las habitaciones el mobiliario esta compuesto por guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochero por cama, se encuentran en buen estado y en condiciones optimas de limpieza y aseo. | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 2.5 | La ropa de cama, lencería, cortinas, persianas se encuentra en buenas condiciones de aseo y limpieza, así como en buen estado. (Art 207 ley 9 ) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 2.6 | Los colchones y almohadas están en buen estado de aseo y limpieza, cuentan con elementos para la protección de fluidos corporales en caso de derrame. (Art 207 ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 2.7 | Los baños utilizados por los beneficiarios, se encuentran en buen estado y aseados (Art 207 ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 2.8 | Las habitaciones y baños cuentan con contenedores para la segregación de los generados(Art 199 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 2.9 | Dispone de un ambiente independiente con poceta o unidades para lavado y desinfección de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. (Art 207 ley 9 de 1979) | 1 | 0.5 | 0 | | |
| 2.10 | El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones, equipo y lencería documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 2.11 | En el área de lavandería se cuenta con las áreas separadas, los equipos, maquinarias y herramientas en buen estado y se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo (Art 91, Art 112 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** | | | | | | La calificación del bloque corresponde al __30____% del total del acta |

Powered by CamScanner

## 3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

| | 3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1.1 | El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativos) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.2 | El establecimiento cuenta con suministro y acceso de agua potable (Art 185 Ley 9 de 1979) | 3 | | 0 | | C |
| 3.1.3 | Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo (Art 175 y 178 Ley 9 de 1979 ) | 1 | 0.5 | 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 2006) | 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 2006) | 1 | 0.5 | 0 | | |
| | **3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.2.1 | Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otro sistemas alternativos. (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 (Art 177 Ley 9 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| | **3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS** | **C** | **CP** | **NC** | **NA** | **HALLAZGOS** |
| 3.3.1 | Cuenta con plan de gestión integral de residuos solidos documentado e implementado | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.3.2 | Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.3.3 | Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos (Art 199 Ley 9 de 1979) | 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 79) | 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) | 4 | | 0 | | C |
| **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** | | | | | | La calificación del bloque corresponde al 25 % del total del acta |

## 4. PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES- GESTION 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) | 5 | 2.5 | 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 52 Resolución 14861 de 1985) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 4.3 | El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 4.4 | La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 4 | 2 | 0 | | |
| 4.5 | Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 240 de ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 4.6 | El establecimiento cuenta con un área para el almacenamiento seguro de sustancias químicas empleadas. y estas se encuentran rotuladas e identificadas (Art 121 de ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** | | | | | | La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta |

## II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir. | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | |
|---|---|---|---|
| 100 % | FAVORABLE | 95%-100% | 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 (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE. |
| | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | 50%-94% | |
| | DESFAVORABLE | < 49,9% | |

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| La salud es de todos · Minsalud<br>Gobernación de CUNDINAMARCA | PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD | Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-144 |
| | GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA | Versión: 01 |
| | ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS DE HOGARES GERIÁTRICOS O DE LARGA ESTANCIA | Fecha de aprobación: 10 / Abril / 2019 |

## III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

| | |
|---|---|
| NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS | 0 |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | 0, |

## IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

## V. OBSERVACIONES

**Por parte de la autoridad sanitaria:**

Se sugiere tener actualizados los planes y programas inmersos en la presente acta.

**Por parte de Establecimiento:**

Ninguna.

## VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO X

- [ ] Clausura temporal total
- [ ] Clausura temporal parcial
- [ ] Suspensión parcial de trabajos o servicios
- [ ] Suspensión total de trabajos o servicios
- [ ] Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión d
- [ ] Decomiso
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Congelación
- [ ] Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
- [ ] Vacunación personas o animales
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- [ ] Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

## VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

¿SE TOMÓ LA MUESTRA? SI [ ] NO [X] N° DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS

## VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

| | |
|---|---|
| DÍAS HÁBILES PLAZO | 0 |
| FECHA INICIO PLAZO | — |
| FECHA LIMITE DE PLAZO | — |

## IX. NOTIFICACIÓN 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 19 del mes de Enero del año 2024. 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.
**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: | | FIRMA: | |
| NOMBRE: | Camilo Andres Brisneda Rod. | NOMBRE: | |
| CÉDULA: | 1127374b | CÉDULA: | |
| CARGO: | Profesional Universitario | CARGO: | |
| INSTITUCIÓN: | Secretaria de Salud de Cund. | INSTITUCIÓN: | |

**POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| FIRMA: | Ma del Pilar Garcia G. | FIRMA: | |
| NOMBRE: | Ma del Pilar Garcia G. | NOMBRE: | |
| CÉDULA: | 52348977 | CÉDULA: | |
| INSTITUCIÓN: | Comunidad de cuidado 10 Hess. | INSTITUCIÓN: | |
| CARGO: | coordinación | CARGO: | |

Powered by CamScanner