



La salud es de todos

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD MUNICIPIO DE FUSAGASUGA  
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO  
ESTABLECIMIENTOS DE HOGARES GERIÁTRICOS O DE LARGA ESTANCIA



ALCALDÍA DE FUSAGASUGA  
Secretaría de Salud

Ciudad Fusagasugá

Fecha 24.09.24

Acta N° 4.223

Entidad Territorial de Salud

Secretaría de Salud Fgga

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

\*CAMPO OBLIGATORIO

|                                                                            |                                                                                                     |                          |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| *RAZÓN SOCIAL                                                              | <u>Fundación Obra de Misericordia con Cristo Construyendo Vida</u>                                  |                          |                                      |
| *CÉDULA / NIT                                                              | <u>901142353-2</u>                                                                                  | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN   | <u>25290901142353-2</u>              |
| *NOMBRE COMERCIAL                                                          | <u>Hogar San José</u>                                                                               |                          |                                      |
| *DIRECCIÓN                                                                 | <u>km 69 vía Bogotá - Girardot</u>                                                                  | MATRÍCULA MERCANTIL      | <u>03356142</u>                      |
| *DEPARTAMENTO                                                              | <u>cund</u>                                                                                         | *MUNICIPIO               | <u>Fgga</u>                          |
| Barrio                                                                     |                                                                                                     | Comuna                   |                                      |
| Sector                                                                     |                                                                                                     | Corregimiento            | <u>X</u>                             |
| Otro                                                                       |                                                                                                     | Caserío                  |                                      |
| UPZ                                                                        |                                                                                                     |                          |                                      |
| TELÉFONOS                                                                  | <u>3194241658</u>                                                                                   | CORREO ELECTRÓNICO       |                                      |
| NOMBRE DEL PROPIETARIO/ REP LEGAL                                          | <u>Fundación Obra de Misericordia con Cristo Construyendo Vida</u>                                  |                          |                                      |
| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                               | C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/> | *Número de documento     | <u>901142353-2</u>                   |
| *NOMBRE DEL DIRECTOR                                                       | <u>Olga Leticia Rojas</u>                                                                           |                          |                                      |
| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                               | C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> | *Número de documento     | <u>33930560</u>                      |
| CORREO ELECTRÓNICO                                                         | <u>sejosecomunidadescristo@gmail.com</u>                                                            |                          |                                      |
| *DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN                                                 | <u>km 69 vía Bogotá - Girardot</u>                                                                  |                          |                                      |
| EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                  |                          |                                      |
| DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA                                      | <u>sejosecomunidadescristo@gmail.com</u>                                                            |                          |                                      |
| *DEPARTAMENTO                                                              | <u>cund</u>                                                                                         | *MUNICIPIO               | <u>Fgga</u>                          |
| *HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO                                           | <u>lunes - Domingo</u>                                                                              | N° DE TRABAJADORES       | Admón <u>18</u> Operativos <u>67</u> |
| N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS LABORALES                                |                                                                                                     |                          |                                      |
| N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL                   |                                                                                                     |                          |                                      |
| CÓDIGO CIU                                                                 | SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>                                              | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD | <u>atención asistencial Hogar</u>    |
| INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:                                           | Número de Habitaciones <u>130</u>                                                                   |                          |                                      |

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | día / mes / año | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA | FAVORABLE | DESFAVORABLE | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS O PENDIENTE | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | % |
|-------------------------------|-----------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|---|
| *ACTA DE ÚLTIMA VISITA        | <u>N.R</u>      |                                                |           |              |                                          |                                           |   |

\*MOTIVO DE LA VISITA

|                                                       |                                    |                                                                  |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| PROGRAMACIÓN                                          | SOLICITUD DEL INTERESADO           | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS                         |
| SOLICITUD OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> | 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 A PQR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| umplimiento (C)          | Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar                                                                                                                                                                 |
| umplimiento parcial (CP) | Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar                                                                                                                                                          |
| o cumplimiento (NC)      | Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar                                                                                                                                                         |
| rítico (CR)              | La casilla "C" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplic Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales                     |
| o Aplica (NA)            | Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC<br>Nota: (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) |

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

| DOCUMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                       | DOCUMENTADO                         |    | OBSERVACIONES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|---------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                                  | NO |               |
| Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| Hojas de Seguridad de las sustancias empleadas labores de limpieza y desinfección y mantenimiento (Artículo 102 de la Ley 9 de 1979)(Art 8 ley 55 de 1993)                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 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. | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 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.                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a la autoridad ambiental)                                                                                                                                                                                 |                                     |    | <u>V.A</u>    |

|  |                                                                                                                                                                                                |                                                          |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|  | <b>ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ</b><br><b>ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO</b><br><b>ESTABLECIMIENTOS DE HOGARES GERIÁTRICOS O DE LARGA ESTANCIA</b> | <br><b>ALCALDÍA DE FUSAGASUGÁ</b><br>Secretaría de Salud |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                                             |                       |                      |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| CIUDAD <b>FUSAGASUGÁ</b>                                    | FECHA <b>24.09.24</b> | ACTA N° <b>4.223</b> |
| ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD <b>Secretaría de Salud Fga</b> |                       |                      |

**IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

**\* CAMPO OBLIGATORIO**

**\* RAZÓN SOCIAL** Fundación Obra de Misericordia con Cristo construyendo vida

**\* CÉDULA / NIT** 901142353-2 **\* NÚMERO DE INSCRIPCIÓN** 1 **\* NÚMERO DE DOCUMENTO** 22790901142353-2

**\* NOMBRE COMERCIAL** Hogar San José

**\* DIRECCIÓN** Km 69 vía Bogotá - Girardot **MATRÍCULA MERCANTIL** 03356142

**\* DEPARTAMENTO** Cund **\* MUNICIPIO** Fga

Barrio                      Vereda                      Comuna                      Localidad                     

Sector                      Corregimiento X Caserio                      UPZ                     

Otro                      Cuál Chiricó

**TELÉFONOS** 3194741658 **CORREO ELECTRÓNICO**                     

**NOMBRE DEL PROPIETARIO / REP LEGAL** Fundación Obra de Misericordia con Cristo construyendo vida

**\* DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** C.C.                      C.E.                      NIT X **\* Número de documento** 901142353-2

**\* NOMBRE DEL DIRECTOR** Alfonso Vega Rojas

**\* DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** C.C. X C.E.                      NIT                      **\* Número de documento** 55930560

**CORREO ELECTRÓNICO** semprecomunidadandada@gmail.com

**\* DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN** Km 69 vía Bogotá - Girardot

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI ☒ NO ☐

**DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA** semprecomunidadandada@gmail.com

**\* DEPARTAMENTO** Cund **\* MUNICIPIO** Fga

**\* HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO** lunes - Domingo **N° DE TRABAJADORES** Admón 18 Operativos 67

**N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS LABORALES**                     

**N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**                     

**CÓDIGO CIU** SI ☐ N ☐ **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD** atención adultb Mayor

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:** Número de Habitaciones 130

**CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA**

|                               |                               |                                                |                                                                       |                                           |   |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | día / mes / año<br><u>N.º</u> | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA | FAVORABLE<br>DESFAVORABLE<br>FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS O PENDIENTE | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | % |
| N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA      | <u>1</u>                      |                                                |                                                                       |                                           |   |

**\* MOTIVO DE LA VISITA**

|                            |                                    |                                                                  |
|----------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| PROGRAMACIÓN               | SOLICITUD DEL INTERESADO           | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS                         |
| SOLICITUD OFICIAL <u>X</u> | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | SOLICITUD DE PRÁCTICA 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

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplimiento (C)          | Quando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar                                                                                                                                                                 |
| Cumplimiento parcial (CP) | Quando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar                                                                                                                                                          |
| No cumplimiento (NC)      | Quando 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 aplic Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales                     |
| No Aplica (NA)            | Quando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC<br>Nota: (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) |

**REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)**

| DOCUMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                       | DOCUMENTADO |    | OBSERVACIONES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|---------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI          | NO |               |
| Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)                                                                                                                           | <u>X</u>    |    | ↑             |
| Hojas de Seguridad de las sustancias empleadas labores de limpieza y desinfección y mantenimiento (Artículo 102 de la Ley 9 de 1979) (Art 8 ley 55 de 1993)                                                                                                      | <u>X</u>    |    |               |
| El hogar cuenta con concepto sanitario, de acuerdo con la Resolución 2874 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. | <u>X</u>    |    |               |
| 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.                                                 | <u>X</u>    |    |               |
| Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a la autoridad ambiental)                                                                                                                                                                                 |             |    | <u>V.A</u>    |

| 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  |                                                                          | Se observa piso con grietas en algunos valdicos           |
| 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  |                                                                          | mantenimiento techos y paredes                            |
| 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 198 Ley 9 de 1979)                                                                                                                                                                                                                                                           | 3 | 1.5 | 0  |                                                                          | Arreglo bombos eléctricos                                 |
| 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  |                                                                          | Se evidencian rampas sin revestimiento antideslizante     |
| 1.9                                                 | Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas están diseñados, contruidos, 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  |                                                                          | Pedro el electricista sin protección                      |
| 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 <u>25</u> % del total del acta |                                                           |
| 2. CONDICIONES SANITARIAS Y DE DORMITORIOS          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |     |    |                                                                          |                                                           |
|                                                     | ASPECTO A VERIFICAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | C | CP  | 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 la población beneficiaria (inodoros lavamanos y Ducha). (Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 188 Ley 9 de 1979)                                              | 3 | 1.5 | 0  |                                                                          | Fallo de mantenimiento                                    |
| 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  |                                                                          |                                                           |
| 2.4                                                 | En las habitaciones el mobiliario esta compuesto por guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un chero por cama, se encuentran en buen estado y en condiciones optimas de limpieza y aseo.                                                                                                                                                             | 3 | 1.5 | 0  |                                                                          | Se observa oxido en algunos como y lecheros en mal estado |
| 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 de 1979)                                                                                                                                                                                                                   | 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 <u>30</u> % del total del acta |                                                           |
| 3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |     |    |                                                                          |                                                           |
| 3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |     |    |                                                                          |                                                           |
|                                                     | ASPECTO A VERIFICAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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 165 Ley 9 de 1979)                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3 |     | 0  |                                                                          |                                                           |
| 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 176 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  |                                                                          |                                                           |

Scanned with  
 CamScanner™

| V. OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|--------------------|--|-----------------------|--|
| <b>Por parte de la autoridad sanitaria:</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| <b>Por parte de Establecimiento:</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></span> </div> <div style="display: grid; grid-template-columns: 1fr 1fr 1fr; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> Clausura temporal total</div> <div><input type="checkbox"/> Clausura temporal parcial</div> <div><input type="checkbox"/> Suspensión parcial de trabajos o servicios</div> <div><input type="checkbox"/> Suspensión total de trabajos o servicios</div> <div><input type="checkbox"/> Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de</div> <div><input type="checkbox"/> Decomiso</div> <div><input type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización</div> <div><input type="checkbox"/> Congelación</div> <div><input type="checkbox"/> Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles</div> <div><input type="checkbox"/> Vacunación personas o animales</div> <div><input type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización</div> <div><input type="checkbox"/> Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades</div> <div><input type="checkbox"/> Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas</div> </div> |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| <b>N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| <b>¿SE TOMÓ LA MUESTRA?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| <b>N° DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">DÍAS HÁBILES PLAZO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FECHA INICIO PLAZO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FECHA LÍMITE DE PLAZO</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        | DÍAS HÁBILES PLAZO |  | FECHA INICIO PLAZO |  | FECHA LÍMITE DE PLAZO |  |
| DÍAS HÁBILES PLAZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| FECHA INICIO PLAZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| FECHA LÍMITE DE PLAZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| IX. 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 <u>24</u> del mes de <u>Sept.</u> del año <u>2019</u> en la Ciudad de <u>Esmeraldas</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| 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: <u>[Firma]</u><br>NOMBRE: <u>Carlos A. Corbo H</u><br>CÉDULA: <u>82395398</u><br>CARGO: <u>la. Area Salud</u><br>INSTITUCIÓN: <u>S.S.H</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRMA: <u>[Firma]</u><br>NOMBRE: <u>Julian Ruyos Palomo</u><br>CÉDULA: <u>1110600310</u><br>CARGO: <u>Area de la Salud</u><br>INSTITUCIÓN: <u>SSM+</u> |                    |  |                    |  |                       |  |
| POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                    |  |                    |  |                       |  |
| FIRMA: <u>[Firma]</u><br>NOMBRE: <u>Diana V. Ortega Rojas</u><br>CÉDULA: <u>1069752749</u><br>INSTITUCIÓN: <u>CC San Jose</u><br>CARGO: <u>Jaq. Ambiental</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FIRMA: <u>[Firma]</u><br>NOMBRE: <u></u><br>CÉDULA: <u></u><br>INSTITUCIÓN: <u></u><br>CARGO: <u></u>                                                  |                    |  |                    |  |                       |  |