

La salud es de todos

Minsalud

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Fusagasuga

ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

ESTABLECIMIENTOS DE HOGARES GERIÁTRICOS O DE LARGA ESTANCIA

ALCALDÍA DE FUSAGASUGA

Secretaría de Salud

CIUDAD

Fusagasuga

FECHA

9/10/2024

ACTA N°

7-0281

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Secretaria De Salud Fusagasuga

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

\* CAMPO OBLIGATORIO

\* RAZON SOCIAL

Dominicas Hijas De Nuestra Señora De Nazareth

\* CÉDULA / NIT

860007592-4

\* NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

252988600073924

\* NOMBRE COMERCIAL

Dominicas Hijas De Nuestra Señora De Nazareth

\* DIRECCIÓN

Cll 22 N° 364-25

MATRÍCULA MERCANTIL

\* DEPARTAMENTO

Cundinamarca

\* MUNICIPIO

Fusagasuga

Barrio

Vereda

Sector

Comuna

Otro

Corregimiento

Cuál

Ta Venta

Caserío

TELÉFONOS

3202047639

CORREO ELECTRÓNICO

hsj.saravita@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO/ REP LEGAL

Rosalba Vargas Tirado

\* DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

C.C.

☒

C.E.

☐

NIT

☐

\* Número de documento

23488067

\* NOMBRE DEL DIRECTOR

Rosalba Vargas Tirado

\* DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

C.C.

☒

C.E.

☐

NIT

☐

\* Número de documento

23488067

CORREO ELECTRÓNICO

hsj.saravita@gmail.com

\* DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

Cll 22 N° 364-25

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:

SI

☒

NO

☐

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

hsj.saravita@gmail.com

\* DEPARTAMENTO

Cundinamarca

\* MUNICIPIO

Fusagasuga

\* HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO

L-D

N° DE TRABAJADORES

Admón. 8 Operativos 77

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS LABORALES

85

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

85

CÓDIGO CIU

SI ☐ NO ☐

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

Atención adulta Mayor

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO: 

Numero de Habitaciones 43

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN

7a/05/2024

N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA

4.0139

TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA

FAVORABLE

DESFAVORABLE

FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS O PENDIENTE

% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN

98,5 %

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN

SOLICITUD DEL INTERESADO

ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS

SOLICITUD OFICIAL

EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.

OTRO

Especifique:

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 )

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

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 (Artículo 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.

1

|                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |     |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|
| 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)                                                                                                                                |  |  |  | N/A |  |  |  |

| I. CONDICIONES LOCATIVAS,SANITARIAS Y DE SEGURIDAD |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |     |    |    |                                                                   |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|----|----|-------------------------------------------------------------------|
| 1. CONDICIONES LOCATIVAS Y AREAS                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |     |    |    |                                                                   |
|                                                    | 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 pasamamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 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                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |     | 25 |    | 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 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                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |     | 30 |    | La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta |

1

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                      |                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| V. OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                |
| Por parte de la autoridad sanitaria:                                                                                                                                                                               |                                                                                                      |                                                                                                |
| Ninguna                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                      |                                                                                                |
| Por parte de Establecimiento:                                                                                                                                                                                      |                                                                                                      |                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                      |                                                                                                |
| VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA                                                                                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                |
| SI NO X                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                      |                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Clausura temporal total                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Decomiso                                                                    | <input type="checkbox"/> Vacunación personas o animales                                        |
| <input type="checkbox"/> Clausura temporal parcial                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización                                             | <input type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización                                       |
| <input type="checkbox"/> Suspensión parcial de trabajos o servicios                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Congelación                                                                 | <input type="checkbox"/> Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades |
| <input type="checkbox"/> Suspensión total de trabajos o servicios                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles | <input type="checkbox"/> Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas         |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades                                                                                                          |                                                                                                      |                                                                                                |
| 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 HABLES PLAZO                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                      |                                                                                                |
| FECHA INICIO PLAZO                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                      |                                                                                                |
| FECHA LIMITE 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 9 del mes de octubre del año 2024 en la Ciudad de Pucallpa. |                                                                                                      |                                                                                                |
| 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:                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                      |                                                                                                |
| NOMBRE: Julian Rayo Paloma                                                                                                                                                                                         |                                                                                                      |                                                                                                |
| CÉDULA: 1110600926                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                      |                                                                                                |
| CARGO: J Area de la Salud                                                                                                                                                                                          |                                                                                                      |                                                                                                |
| INSTITUCIÓN: SSU F                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                      |                                                                                                |
| POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO                                                                                                                                                                                      |                                                                                                      |                                                                                                |
| FIRMA: Diana M. Carvajal                                                                                                                                                                                           | FIRMA: Juan David Sanchez Martinez                                                                   |                                                                                                |
| NOMBRE: Diana Marcela Carvajal Pinto                                                                                                                                                                               | NOMBRE: Juan David Sanchez Martinez                                                                  |                                                                                                |
| CÉDULA: 46378073                                                                                                                                                                                                   | CÉDULA: 10697418055                                                                                  |                                                                                                |
| INSTITUCIÓN: Hogar San José Saramita                                                                                                                                                                               | INSTITUCIÓN: CC Hogar San José Saramita                                                              |                                                                                                |
| CARGO: Coordinadora                                                                                                                                                                                                | CARGO: Profesional Ambiental                                                                         |                                                                                                |