

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| | | Secretaría de Salud Departamental del Caquetá | | Código: FR - SLD-DSP-014 | |
| | | FORMATO DE ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS SIN LABORATORIO | | Version: 001 | Fecha: 21 DE OCTUBRE DEL 2021 |
| CIUDAD <u>Milan</u> | | FECHA <u>22/08/2025</u> | | ACTA N° <u>18460220825-0843 PSE</u> | |
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO | | | | | |
| Hogar Infantil <input type="checkbox"/> | | Institución Educativa <input type="checkbox"/> | | Jardín Infantil <input type="checkbox"/> | |
| Centros de Desarrollo Infantil <input type="checkbox"/> | | Institución Educativa No Formal <input type="checkbox"/> | | Institución Educativa de Educación Superior <input type="checkbox"/> | |
| Centro Educativo Rural <input checked="" type="checkbox"/> | | Otro <input type="checkbox"/> | | | |
| ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD <u>SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL</u> | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO | | | | | |
| *CAMPO OBLIGATORIO | | | | | |
| *RAZÓN SOCIAL <u>Centro Educativo El Diamante (Miravalle)</u> | | | | | |
| *NOMBRE COMERCIAL <u>Centro Educativo El Diamante (M. ravalle) Sede El Diamante</u> | | | | | |
| *CÉDULA / NIT <u>900 000 818-2</u> | | MATRICULA MERCANTIL <u></u> | | | |
| *DIRECCIÓN <u>Vda El Diamante</u> | | CODIGO DANE <u>2834600000973</u> | | | |
| *DEPARTAMENTO <u>Caquetá</u> | | *MUNICIPIO <u>Milan</u> | | | |
| Barrio <u></u> | Vereda <input checked="" type="checkbox"/> | Comuna <u></u> | Localidad <u></u> | | |
| Sector <u></u> | Corregimiento <u></u> | Caserio <u></u> | UPZ <u></u> | | |
| Otro <input type="checkbox"/> | Cuál: <u>El Diamante</u> | | | | |
| TELÉFONOS <u>314 416 7799</u> | | CORREO ELECTRONICO <u>Ceeid.amntemilan@gmail.com</u> | | | |
| NOMBRE DEL PROPIETARIO/REP LEGAL <u>Municipio de Milan</u> | | | | | |
| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | | CC <input type="checkbox"/> | CE <input type="checkbox"/> | NIT <input checked="" type="checkbox"/> | *Número de documento <u>800 067 452-6</u> |
| *NOMBRE DEL RECTOR O DIRECTOR <u>Cristian Leonardo Mosquera Rodriguez</u> | | | | | |
| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | | CC <input checked="" type="checkbox"/> | CE <input type="checkbox"/> | *Número de documento <u>1117 519 572</u> | |
| CORREO ELECTRÓNICO <u>Ceeid.amntemilan@gmail.com</u> | | | | | |
| *DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN <u>Vereda El Diamante</u> | | | | | |
| EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | |
| DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA <u>Ceeid.amntemilan@gmail.com</u> | | | | | |
| *DEPARTAMENTO <u>Caquetá</u> | | *MUNICIPIO <u>Milan</u> | | | |
| *HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO <u>8am-1pm / L-V</u> | | N° TOTAL DE TRABAJADORES <u>1</u> | | | |
| N° DE ESTUDIANTES POR JORNADA MAÑANA | HOMBRES | <u>3</u> | MUJERES | <u>4</u> | |
| N° DE ESTUDIANTES POR JORNADA TARDE | HOMBRES | <u></u> | MUJERES | <u></u> | |
| N° DE ESTUDIANTES POR JORNADA NOCHE | HOMBRES | <u></u> | MUJERES | <u></u> | |
| N° DE DOCENTES | HOMBRES | <u></u> | MUJERES | <u>1</u> | |
| NUMERO DE AULAS <u>1</u> | NUMERO DE PATIOS <u>1</u> | NUMERO DE CAFETERIAS O TIENDAS ESCOLARES <u>0</u> | | | |
| CÓDIGO CIU SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD <u></u> | | | |
| CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA | | | | | |
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN <u>18/10/2024</u> | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA | FAVORABLE FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS O PENDIENTE DESFAVORABLE | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | <u>36. %</u> | |
| N°ACTA DE ÚLTIMA VISITA | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | | | | |
| Cumple (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 cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar | | | |
| No cumple (NC) | | Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar | | | |
| Crítico (CR) | | La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores | | | |
| 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 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) | X | | |
| 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 | | X | NO cuenta con el concepto. |
| Listado de inventario de insumos químicos empleados en las labores de mantenimiento y limpieza y desinfección (estado, cantidad almacenada) | | X | sin listado. |

*MOTIVO DE LA VISITA

| | | | |
|---|--------------|------------------------------------|--|
| PROGRAMACIÓN | X | 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 POR | | | |

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

I. CONDICIONES LOCATIVAS Y ÁREAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|-------------------------|---|---|-----|----|------|--|
| 1.1 | El establecimiento está ubicado en un lugar no inundable y en terreno de fácil drenaje (Art 160, Art 162 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 1.2 | El establecimiento está 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 162, Art 163 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | Aguas estancadas en los alrededores. |
| 1.3 | En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | Paredes con presencia de humedad |
| 1.4 | 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 | | |
| 1.5 | Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidas de material antideslizantes (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985) | 3 | 1.5 | 0 | | Rampa sin pasamanos |
| 1.6 | 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, en los corredores internos se cumple con las disposiciones establecidas en el (Art 46 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1 | 0 | | Sin demarcación para el tránsito seguro. |
| 1.7 | 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) | 3 | 1.5 | 0 | | Sin señalización del trazo de energía para prevenir algún accidente. |
| 1.8 | La ventilación natural y/o artificial es permanente y suficiente, con el objeto de evitar la acumulación de olores, gases, condensación de vapores (Art 197 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.9 | La iluminación natural y artificial es suficiente, adecuada y calidad, para prevenir efectos nocivos en la salud de los trabajadores, estudiantes y para garantizar adecuadas condiciones de visibilidad y seguridad. (Art 196 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.10 | El área total de las edificaciones y de las aulas en los establecimientos de enseñanza esta acorde con el número de personas que alberga habitualmente. (Art 211 Ley 9 de 1979) | 4 | 2.0 | 0 | | |
| 1.11 | El mobiliario (sillas, mesas, pupites, tablero) utilizado por los estudiantes se encuentra en buenas condiciones para su funcionamiento. | 3 | 1.5 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 21.5 | La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta |

2. CONDICIONES SANITARIAS

| | 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, limpios y en cantidad suficientes para uso de los profesores (inodoros lavamanos y Ducha). Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 212 Ley 9 de 1979) | 5 | 2.5 | 0 | | Utiliza el de los estudiantes. |
| 2.2 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento, limpios y en cantidad suficientes para uso de los estudiantes (inodoros y lavamanos). Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 212 Ley 9 de 1979) | 7 | | 0 | | Solo cuentan con una unidad sanitaria para todos. X |
| 2.3 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios para la población discapacitada cumpliendo con las disposiciones del marco legal (Art 50 Resolución 14861 de 1985) | 5 | 2.5 | 0 | | NO cuenta con unidad sanitaria para población discapacitada. |
| 2.4 | El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones, equipos y mobiliario documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979) | 5 | 2.5 | 0 | | NO cuenta con programa de L y D documentado |
| 2.5 | El establecimiento dispone de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. | 3 | 1.5 | 0 | | Sin cuarto para el almacenamiento de elementos de aseo. |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 5 | La calificación del bloque corresponde al 25 % del total del acta |

| 3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO | | | | | | |
|---|---|-----------------------|-----|---|-----|---|
| | 3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
| 3.1.1 | El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo A134:AD138 | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.2 | El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979) | 4 | | 0 | | El agua no es potable viene de molla. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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) | 2 | 1 | 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 2007) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.5 | El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio, el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007) | 2 | 1 | 0 | | |
| | 3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIENTOS | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
| 3.2.1 | Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otro sistemas alternativos. (Art 36 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.2.2 | Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable (Art 177 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | Pozo séptico ya cumplió su objetivo y está sin capacidad. |
| | 3.3 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
| 3.3.1 | Cuenta con plan de gestión integral de residuos documentado e implementado. | 3 | 1.5 | 0 | | No cuenta con el plan de gestión integral de residuos. |
| 3.3.2 | Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.3.3 | Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores. (Art 199 Ley 9 de 1979) | 1 | 0.5 | 0 | | |
| | 3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
| 3.4.1 | Existe un programa de manejo control integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 79) | 3 | 1.5 | 0 | | No cuenta con el programa de control integral de plagas. |
| 3.4.2 | En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación. (Art 168 Ley 09 de 79) | 5 | | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 19 | La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta |
| 4. CONDICIONES DE SEGURIDAD- GESTION DEL RIESGO | | | | | | |
| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
| 4.1 | Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 4.2 | Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1.0 | 0 | | |
| 4.3 | El establecimiento tiene alarma de emergencia. (Art 52 Resolución 14861 de 1985) | 2 | 1.0 | 0 | | Sin alarma |
| 4.4 | La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 205 Ley 9 de 1979) (Art 52.54 Resolución 14861 de 1985) | 3 | 1.5 | 0 | | Falta recargarlo. |
| 4.5 | Cuenta con área de enfermería para primeros auxilios (Art 214 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | Sin área de enfermería. |
| 4.6 | Existe botiquín completo de primeros auxilios (Art 127 Ley 9 de 1979) | 2 | 1.0 | 0 | | Sin botiquín. |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | 6.5 | La calificación del bloque corresponde al 15 % del total del acta |
| II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta) | | | | | | |
| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir. | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | | En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE. | | |
| 52 % | FAVORABLE | 95%-100% | | | | |
| | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | 50%-94% | | | | |
| | DESFAVORABLE | < 49.9% | | X | | |
| III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO | | | | | | |
| NUMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS | | | | | | |
| NUMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | | | | | | |

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Subsanar Hallazgo: 1.2, 1.3, 1.5, 1.6, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 3.1.2, 3.2.2, 3.3.1, 3.4.1, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6

Se envia acta de visita por medio magnetico via whatsapp del Director.

Por parte de Establecimiento:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA

SI NO X

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Clausura temporal total | <input checked="" type="checkbox"/> Decomiso | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades | | |

Nº DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

| | |
|-----------------------|-------------|
| DÍAS HÁBILES PLAZO | 60 días |
| FECHA INICIO PLAZO | 22-08-2025 |
| FECHA LIMITE DE PLAZO | 22-10-2025. |

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 22 del mes de Agosto del año 2025 en la Ciudad de Milan.

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: Cristian D. Valencia.
NOMBRE: Cristian David Valencia Quinto
CÉDULA: 1118026663.
CARGO: PROF. DE APOYO
INSTITUCIÓN: SECRETARIA SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ

FIRMA:
NOMBRE:
CÉDULA:
CARGO:
INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA: Jenifer Cruz M.
NOMBRE: Jenifer Cruz Muñoz
CÉDULA: 1-117234909
INSTITUCIÓN: C.E. El Diamante.
CARGO:

FIRMA:
NOMBRE:
CÉDULA:
INSTITUCIÓN:
CARGO: