

Secretaría de Salud Departamental del Caquetá		Código: FR - SLD-DSP-014		
FORMATO DE ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS SIN LABORATORIO		Versión: 001	Fecha: 21 DE OCTUBRE DEL 2021	
Ciudad	Milan	Fecha	26/08/2025	
		ACTA N°	18460260825-1143PSE	
TIPO DE ESTABLECIMIENTO				
Hogar Infantil	<input type="checkbox"/>	Institución Educativa	<input checked="" type="checkbox"/>	
Centros de Desarrollo Infantil	<input type="checkbox"/>	Institución Educativa No Formal	<input type="checkbox"/>	
Centro Educativo Rural	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD		SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL		
IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO				
CAWPO-GS/MSH/000U				
*RAZON SOCIAL	Institucion Educativa Rural La Anguilla.			
*NOMBRE COMERCIAL	Institucion Educativa Rural La Anguilla sede San Rafael.			
*CÉDULA / NIT	900001056-1	MATRICULA MERCANTIL		
*DIRECCIÓN	Vda San Rafael	CODIGO DANE	283460000710	
*DEPARTAMENTO	Caqueta.	*MUNICIPIO	Milan.	
Barrio		Vereda	X	
Sector		Comuna		
Otro		Casero		
Cuál:	San Rafael.			
TÉLEFONOS	3203892548	CORREO ELECTRONICO	gerbal10@hotmail.com	
NOMBRE DEL PROPIETARIO/REP LEGAL	Municipio de Milan			
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/>	*Número de documento	800067452-6	
*NOMBRE DEL RECTOR O DIRECTOR	Geraido Bahamon Lugo.			
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	*Número de documento	17641680	
CORREO ELECTRÓNICO	gerbal10@hotmail.com.			
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Vereda La Anguilla.			
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA	gerbal10@hotmail.com			
*DEPARTAMENTO	Caqueta	*MUNICIPIO	Milan.	
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	Bam - 1pm / L-V	Nº TOTAL DE TRABAJADORES	1	
Nº DE ESTUDIANTES POR JORNADA MANANA	HOMBRES	5	MUJERES	5
Nº DE ESTUDIANTES POR JORNADA TARDE	HOMBRES		MUJERES	
Nº DE ESTUDIANTES POR JORNADA NOCHE	HOMBRES		MUJERES	
Nº DE DOCENTES	HOMBRES		MUJERES	1
NUMERO DE AULAS	1	NUMERO DE CAFETERIAS O TIENDAS ESCOLARES	0	
CÓDIGO CIU	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD		
CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA				
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	21/10/2024	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS O PENDIENTE X DESFAVORABLE	
Nº ACTA DE ÚLTIMA VISITA		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	50.5 %	
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 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 aplicarse 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	No tiene el 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 PRACTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	
OTRO	Especifique:					
NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A POR						

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS Y AREAS

	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		
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		Techo con goteras.
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		Piso de los pasillos greteados.
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	X	Construido en una sola planta.
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 48 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		Falta demarcación para la circulación segura.
1.7	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)	3	1.5	0		Falta señalización en los techos para evitar riesgos.
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

22,5

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		Servicio sanitario en malas condiciones
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		
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		Sin 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		

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

15

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. <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 VERTIMIENTOS		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otro sistemas alternativos. (Art 36 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable (Art 177 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.3.1	Cuenta con plan de gestión integral de residuos documentado e implementado.	3	1,5	0		No cuenta con el plan 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 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					20	La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta
4. CONDICIONES DE SEGURIDAD- GESTIÓN 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 14661 de 1985)	2	1,0	0		Sin señalización para la circulación de personas en caso de emergencia.
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia. (Art 52 Resolución 14661 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 14661 de 1985)	3	1,5	0		Sin extintor
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					3	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		
60,5 %	FAVORABLE	95%-100%				
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%				
	DESFAVORABLE	< 49,9%		X		
III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO						
NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS		//				
NÚMERO 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:

Subsona. Hallazgo: 1.3, 1.4, 1.6, 1.7, 2.1, 2.3, 2.4, 3.1.2, 3.3.1, 3.4.1, 4.2, 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 NOX

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Clausura temporal total | <input checked="" type="checkbox"/> Decomiso | <input checked="" type="checkbox"/> Vacunación personas o animales |
| <input checked="" type="checkbox"/> Clausura temporal parcial | <input checked="" type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización | <input checked="" type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización |
| <input checked="" type="checkbox"/> Suspensión parcial de trabajos o servicios | <input checked="" type="checkbox"/> Congelación | <input checked="" type="checkbox"/> Control de insectos u otra fauna nociva o transmisores de enfermedades |
| <input checked="" type="checkbox"/> Suspensión total de trabajos o servicios | <input checked="" type="checkbox"/> Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles | <input checked="" type="checkbox"/> Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades | | |

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HÁBILES PLAZO	60 días
FECHA INICIO PLAZO	26-08-2025
FECHA LIMITE DE PLAZO	26-10-2025.

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 26 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 Quintana
CÉDULA: 1118026663.
CARGO: PROF. DE APOYO
INSTITUCIÓN: SECRETARIA SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ

FIRMA:
NOMBRE:
CÉDULA:
CARGO:
INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA: EDA
NOMBRE: EDA Leyda Aguilar
CÉDULA: 35587245
INSTITUCIÓN: La Anguilla
CARGO: Docente

FIRMA:
NOMBRE:
CÉDULA:
INSTITUCIÓN:
CARGO: