

Scanned with CamScanner

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD DE BELLO
ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

MUNICIPIO Bello **FECHA** 11/09/2025 **ACTA N°** 202509118121047-0986

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] Establecimientos de Espectáculo Público [ ] Establecimientos de Diversión Pública [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: ECO KONTROL MIP S.A.S

*CÉDULA / NIT: 901076796

*NOMBRE COMERCIAL: ECO KONTROL MIP S.A.S

*DIRECCIÓN: CL 47 51 09 MANCHESTER MATRICULA MERCANTIL: 21824402

*DEPARTAMENTO: Antioquia *MUNICIPIO: Bello

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ]

Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserio [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: MANCHESTER

TELÉFONOS: 3104992223 CORREO ELECTRONICO: ecokontrol.mip@gmail.com

CORREO ELECTRÓNICO: ecokontrol.mip@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: ECO KONTROL MIP S.A.S

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [X] *Número de documento: 901076796

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: YURI PAOLA GOMEZ

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 1128388070

CORREO ELECTRÓNICO: ecokontrol.mip@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [X] NO [ ]

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: ecokontrol.mip@gmail.com

*DEPARTAMENTO: Antioquia *MUNICIPIO: Bello

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: LUNES A VIERNES DE 9 AM A 5 PM N° DE TRABAJADORES: 1

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES: 0

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: 0

CÓDIGO CIUU SI [X] NO [ ] DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: OTRAS ACTIVIDDES DE LIMPIEZA DE EDIFICIOS E INSTALACIONESCI DUSTRI

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN		**TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA**	FAVORABLE	**% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN**	%
N°ACTA DE ULTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

***MOTIVO DE LA VISITA**

PROGRAMACIÓN	[ ]	SOLICITUD DEL INTERESADO	[ ]	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	[X]
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 PQR: 20251072839 09/08/2025

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 "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 su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar 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			
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		
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	no aplica
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)		X	no aplica
En caso de requerir 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		

I. CONDICIONES LOCATIVAS,SANITARIAS Y DE SEGURIDAD						
1. CONDICIONES LOCATIVAS						
	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, plantas de beneficio, cementerios y en general de focos de insalubridad e inseguridad. No existe riesgo de erosión e inundación (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	5 X	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	4 X	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales. Son uniformes de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje. (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4 X	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	4 X	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979)	3 X	1.5	0		
1.6	Las escaleras y rampas son seguras, cuentan con pasamamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	4	2	0	X	

1.7	La ventilación es adecuada para el uso.(Art 197 Ley 9 de 1979)	3 X	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	3 X	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			30			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 y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10 X		0		
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de orden y aseo, cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos debidamente documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	6 X	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4 X	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			20			La calificación del bloque corresponde al ____20___% 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	2 X	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4 X		0		
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	2 X	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	X	
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	X	

	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	2 X	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	2 X	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado.	2 X	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	3 X	1.5	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.	2 X	1	0		
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	2 X	1	0		
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	5 X		0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			7			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)	4 X	2	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 206 Ley 9 de 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3 X	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0 X		no se evidencia alarma de emergencias

4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto lumínica y pasamanos.(Art 48 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0	X	
4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5 X	2.5	0		
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)	3 X	1.5	0		

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	18	La calificación del bloque corresponde al ___20____% del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
98	FAVORABLE	X	95%-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		50%-94%
	DESFAVORABLE		< 49,9%

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 (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

cumplir con todos los requerimientos solicitados
se deja sello # 4317

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

instalar alarma de emergencias

Por parte de Establecimiento:

ninguna

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO_X

☐ Clausura temporal total	☐ Clausura temporal parcial	
☐ Suspensión total de trabajos o servicios	☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios	
☐ Decomiso	☐ Congelación	☐ Destrucción o desnaturalización

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

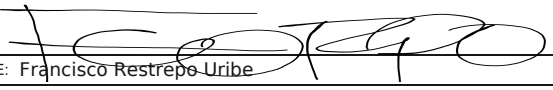
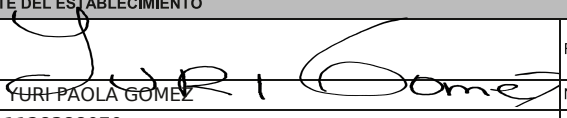
VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	0
FECHA INICIO PLAZO	11/09/2025
FECHA LIMITE DE PLAZO	11/09/2025

VII. 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 11 del mes de septiembre del año 2025 en la Ciudad de Bello.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA: 	FIRMA:
NOMBRE: Francisco Restrepo Uribe	NOMBRE:
CÉDULA: 70564937	CÉDULA:
CARGO: TECNICO EN SALUD	CARGO:
INSTITUCIÓN: SECRETARÍA DE SALUD DE BELLO	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: 	FIRMA:
NOMBRE: YURI PAOLA GOMEZ	NOMBRE:
CÉDULA: 1128388070	CÉDULA:
INSTITUCIÓN: ECO KONTROL MIP S.A.S	INSTITUCIÓN:
CARGO: REPRESENTANTE LEGAL	CARGO:

ALCALDÍA DE BELLO	**Anexo de Hallazgos**	

4.3 El Establecimiento Tiene Alarma De Emergencia.(art 52 Resolución 14861 De 1985):
NO SE EVIDENCIA ALARMA DE EMERGENCIAS

ALCALDÍA DE BELLO	**Anexo de Evidencias**	



Evidencia 1



Evidencia 2

ALCALDÍA DE BELLO

SECRETARÍA DE SALUD DE BELLO

FORMULARIO GENERAL DE INSCRIPCIÓN PARA SUJETOS DE INTERES SANITARIO

MUNICIPIO Bello **FECHA** 11/09/2025 **INSCRIPCION N°** 05088901076796

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: OTRAS ACTIVIDDES DE LIMPIEZA DE EDIFICIOS E INSTALACIONESCI DUSTRIALES

N° CÓDIGO CIUU 8129 **TIPO DE ESTABLECIMIENTO:** Establecimiento Comercial

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: ECO KONTROL MIP S.A.S

*CÉDULA / NIT: 901076796

*NOMBRE COMERCIAL: ECO KONTROL MIP S.A.S

*DIRECCIÓN: CL 47 51 09 MANCHESTER MATRICULA MERCANTIL: 21824402

*DEPARTAMENTO: Antioquia *MUNICIPIO: Bello

Barrio: X Comuna: Corregimiento: Vereda:

Sector: Urbano X Rural: Caserio: Local: Bodega: UPZ:

Otro: Cuál: MANCHESTER

TELÉFONOS: 3104992223 CORREO ELECTRONICO: ecokontrol.mip@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: ECO KONTROL MIP S.A.S

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. C.E. NIT X *Número de documento: 901076796

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: YURI PAOLA GOMEZ

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. X C.E. *Número de documento: 1128388070

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI NO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: LUNES A VIERNES DE 9 AM A 5 PM N° DE TRABAJADORES: 1

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS A RIESGOS PROFESIONALES: 0 N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: 0

Nota: Este formulario no aplica para almacenamiento, expendios, vehículos transporte de carne y/o productos cárnicos comestibles; Comercializadores de leche cruda para consumo humano. Venta de alimento en vía pública, Estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

ESPACIO DILIGENCIADO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI NO X Fecha de última inspección:

Ultimo concepto sanitario obtenido: Favorable Favorable con requerimientos Desfavorable No. De Acta ultima visita:

OBSERVACIONES: Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:

ninguna

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: YURI PAOLA GOMEZ No. Cédula: 1128388070 Cargo: REPRESENTANTE LEGAL

RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)

NOMBRE COMPLETO: No. Cédula: Cargo:

Se envía acta de inscripción al interesado al correo autorizado