

Salud

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA
ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO PARA
GENERADORES DE RESIDUOS TÍTULO X DECRETO 780/2016

Profesional Independiente

Alcaldía de
PEREIRACIUDAD PereiraFECHA 17/04/26ACTA N° IMF066-26

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Bancos de sangre, tejidos y semen ☐Bioterios y laboratorios de biotecnología ☐Centros en los que se presten servicios de
piercing, pigmentación o tatuajes ☐Morgues Instituto Nacional de Medicina
Legal ☐

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Secretaría de Salud pública y seguridad social

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*RAZÓN SOCIAL

Daniel Benítez Arteaga

*CÉDULA / NIT

1.026.574.383

*NOMBRE COMERCIAL

Maxisonrisas

*DIRECCIÓN

Av. Juan B.G. Calle B #19-80 Cons. 703

MATRÍCULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO

Risaralda

*MUNICIPIO

PereiraBarrio Pinos

Vereda

Comuna

Universidad

Localidad

Sector

Corregimiento

Caserio

UPZ

Otro ☐

Cuál:

TELÉFONOS

3142023199

CORREO ELECTRÓNICO

danielbenia@hotmail.com

CORREO ELECTRÓNICO

danielbenia@hotmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO

Daniel Benítez Arteaga

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

C.C. ☒C.E. ☐NIT ☐

*Número de documento

1.026.574.383

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

Daniel Benítez Arteaga

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

C.C. ☒C.E. ☐NIT ☐

*Número de documento

1.026.574.383

CORREO ELECTRÓNICO

danielbenia@hotmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

Av. Juan B.G. Calle B #19-80 Cons. 703

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:

SI ☒NO ☐

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

danielbenia@hotmail.com

*DEPARTAMENTO

Risaralda

*MUNICIPIO

Pereira

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO

Lun-Vie 8:00 a.m - 6:00 p.m

N° DE TRABAJADORES

2

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES

2

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

2

CÓDIGO CIU

SI ☒ NO ☐

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD

8622 Actividades de la Práctica Odontológica

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN
dia / mes / año		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	%
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA		DESFAVORABLE	

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:	

NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR

SAIA 14161

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 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)

17-04-26 IMF066-26

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				
	Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	X				
	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				

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 fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores. Mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, (Art 180, 182, 183 Ley 9 de 1979)	5	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	2	0			
1.3 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)	4	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	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	1.5	0			
1.6 Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidas de material antideslizantes. (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985)	4	2	0			
1.7 La ventilación es adecuada para el uso. (Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0			
1.8 La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 198 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	30			La calificación del bloque corresponde al <u>30</u> % 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		0			
2.2 El establecimiento mantiene las condiciones de orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (Art 207 Ley 9 de 1979)	6	3	0		CR	
2.3 Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4	2	0			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	20			La calificación del bloque corresponde al <u>20</u> % 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	1	0			
3.1.2 El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0		CR	
3.1.3 Las instalaciones interiores para suministro están 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	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 realice 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 vertidas al alcantarillado u otro sistema alternativo. (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	2	1	0			

Profesional Independiente

17-04-26 IMF066-26

V. OBSERVACIONES		
Por parte de la autoridad sanitaria: seto # 08973 favorable		
Por parte de Establecimiento: Ninguna		
VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD PREVENTIVA SI NO		
☐ Clausura temporal total	☐ Decurso	☐ Vacunación personas o animales
☐ Clausura temporal parcial	☐ Destrucción o desnaturalización	☐ Destrucción o desnaturalización
☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐ Congelación	☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
☐ Suspensión total de trabajos o servicios	☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles	☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda
☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades		
N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA		
VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS		
DÍAS HÁBILES PLAZO		
FECHA INICIO PLAZO		
FECHA LÍMITE DE PLAZO		
VIII. NOTIFICACIÓN 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 17 del mes de Abril del año 2026 en la Ciudad de Potosí		
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>Leopoldo Martín Fernández</u>	FIRMA:	
NOMBRE: <u>Leopoldo Martín Fernández</u>	NOMBRE:	
CÉDULA: <u>1090330218</u>	CÉDULA:	
CARGO: <u>Contratista</u>	CARGO:	
INSTITUCIÓN: <u>SSPySSP</u>	INSTITUCIÓN:	
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO		
FIRMA: <u>Natalia Ruiz</u>	FIRMA:	
NOMBRE: <u>Natalia Andrea Ruiz Gonzalez</u>	NOMBRE:	
CÉDULA: <u>1.087.997.799</u>	CÉDULA:	
INSTITUCIÓN: <u>Maxicomrisas</u>	INSTITUCIÓN:	
CARGO: <u>Aux. Administrativa</u>	CARGO:	