

Profesional
Independiente

 Salud	SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO PARA GENERADORES DE RESIDUOS-TITULO X DECRETO 780/2016	 Alcaldía de PEREIRA
CIUDAD <u>Pereira</u>	FECHA <u>10/06/26</u>	ACTA N° <u>JMF114-26</u>
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 Secretaria de Salud Publica y Seguridad Social de Pereira		
IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		
* CAMPO OBLIGATORIO		
* RAZON SOCIAL <u>Anderson Giraldo Martinez</u>		
* CÉDULA / NIT <u>1088282333-8</u>		
* NOMBRE COMERCIAL <u>Anderson Giraldo Martinez</u>		
* DIRECCIÓN <u>Ci 6 #23-13 local B</u>		
* DEPARTAMENTO <u>Risarcaldia</u>		
Barrio <u> </u>	Vereda <u> </u>	Comuna <u>Cantio</u>
Sector <u>lago Uribe</u>	Corregimiento <u> </u>	Caserío <u> </u>
Otra ☐ Cual <u> </u>	Localidad <u> </u>	
TELÉFONOS <u>3015727015</u>		MATRICULA MERCANTIL <u> </u>
CORREO ELECTRÓNICO <u>Consultor02313@gmail.com</u>		UPZ <u> </u>
* MUNICIPIO <u>Pereira</u>		
NOMBRE DEL PROPIETARIO <u>Anderson Giraldo Martinez</u>		
* DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐	* Número de documento <u>1088282333</u>
* NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL <u>Anderson Giraldo Martinez</u>		
* DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐	* Número de documento <u>1088282333</u>
CORREO ELECTRÓNICO <u>Consultor02313@gmail.com</u>		
* DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN <u>Ci 6 #23-13 local B</u>		
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA SI ☒ NO ☐		
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA <u>Consultor02313@gmail.com</u>		
* DEPARTAMENTO <u>Risarcaldia</u>		
* HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO <u>L-V 8:00 - 17:00 p.m</u>		
* MUNICIPIO <u>Pereira</u>		
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES <u>3</u>		
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL <u>3</u>		
CÓDIGO CIU SI ☒ NO ☐		
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD <u>8622 Actividades Practica Odontologica.</u>		
CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA		
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN <u>29/05/26</u>	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ULTIMA INSPECCIÓN <u>80 %</u>
N° ACTA DE ULTIMA VISITA <u>VQB193-25</u>	FAVORABLE FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS ☒ 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 PRACTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.
OTRO ☐ Especifique <u> </u>		
NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR <u>SAIA 25971</u>		
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	
Critico (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 (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)	

JMF114-26

Profesional
Independiente

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 trámite
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 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, erosión (Art 160, 162, 163 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 tropezos 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 196 Ley 9 de 1979)	3	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		0		CR
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		
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 20 % del total del acta

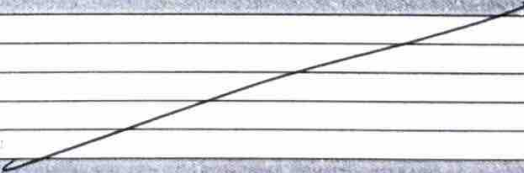
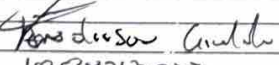
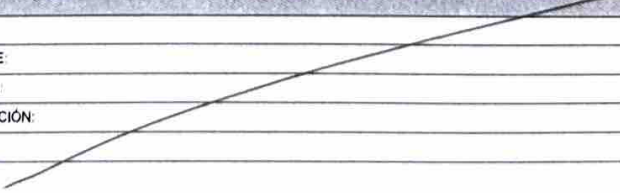
3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO						
3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA						
	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 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	x	No cuenta con tanque de agua potable
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	No cuenta con tanque de agua potable
3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS						
	ASPECTO A VERIFICAR	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	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan el 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		

JMF114-26

3

JMF 114-26

Profesional
Independiente.

V. OBSERVACIONES	
Por parte de la autoridad sanitaria: Debera solicitar a la spysp visita para concepto sanitario del profesional independiente Jaime Alejandro Piza dada que es el responsable del manejo de la segunda Unidad Odontologica. Salto # 13242 favorable	
Por parte de Establecimiento: Ninguna.	
VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI NO ☒	
☒ Clausura temporal total ☐ Clausura temporal parcial ☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios ☐ Suspensión total de trabajos o servicios ☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades	☐ Decomiso ☐ Destrucción o desnaturalización ☐ Congelación ☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
☐ Vacunación personas o animales ☐ Destrucción o desnaturalización ☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades ☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda	
N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA 	
VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS	
DIAS HABLES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	
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 <u>10</u> del mes de <u>Junio</u> del año <u>2016</u> en la Ciudad de <u>Parícuta</u>	
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>Jefferson Marin F</u> NOMBRE: <u>Jefferson Marin F</u> CÉDULA: <u>1090338218</u> CARGO: <u>contabilista</u> INSTITUCIÓN: <u>spysp</u>	FIRMA:  NOMBRE: CÉDULA: CARGO: INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:  NOMBRE: <u>Rosendo Anillo</u> CÉDULA: <u>1030221377</u> INSTITUCIÓN: <u>Prostodon independiente</u> CARGO: <u>Odontologo</u>	FIRMA:  NOMBRE: CÉDULA: INSTITUCIÓN: CARGO: