

Profesional
Independiente

 Salud	SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA 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 Pereira	FECHA 22/06/26	ACTA N° IMFIZI-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 de Pereira		
IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		
*CAMPO OBLIGATORIO		
*RAZÓN SOCIAL Andrés Felipe Arteaga Botero		
*CÉDULA / NIT 1088300220-2		
*NOMBRE COMERCIAL Andrés Felipe Arteaga Botero		
*DIRECCIÓN Av. Circunvalar #11-80 Cons. 1003		MATRÍCULA MERCANTIL —
*DEPARTAMENTO Risaralda		*MUNICIPIO Pereira
Barrio —	Vereda —	Comuna Univérsidad
Sector San José	Corregimiento —	Caserío —
Otro ☐ Cúal: —	UPZ —	
TELÉFONO 3136906282		CORREO ELECTRÓNICO —
CORREO ELECTRÓNICO Felipearteaga9217a@gmail.com		
NOMBRE DEL PROPIETARIO Andrés Felipe Arteaga Botero		
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento 1088300220	
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Andrés Felipe Arteaga Botero		
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento 1088300220	
CORREO ELECTRÓNICO Felipearteaga9217a@gmail.com		
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Av. Circunvalar #11-80 Cons. 1003		
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI ☒ NO ☐		
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA Felipearteaga9217a@gmail.com		
*DEPARTAMENTO Risaralda		*MUNICIPIO Pereira
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO Lun-Vie 8:00am - 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 CHU	SI ☒ NO ☐	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD 8622
CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA		
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN 25/11/24	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE ☒
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA FSA187-24		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS
		DESFAVORABLE
% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN 100 %		
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 RADICACIÓN EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR SAIA 27407		
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 (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)	

Nota:

Profesional
Independiente

TMF21-26 22/06/26

REVISIÓN DOCUMENTAL		
DOCUMENTOS	DOCUMENTADO	
	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	

En trámite

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 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 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 en 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		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 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 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 escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de liquido 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		

JMF121-26 22/06/26

3

Profesional
Independiente.

IMFIZI-26 22/06/26

V. OBSERVACIONES		
Por parte de la autoridad sanitaria:		
sello # 13244 Favorable.		
Por parte de Establecimiento:		
Ninguna		
VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI NO ☒		
☐ Clausura temporal total	☐ Decomiso	☐ 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		
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 22 del mes de Junio del año 2026 en la Ciudad de Pereira.		
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: Joferson Maín F	FIRMA:	
NOMBRE: Joferson Maín Fernández	NOMBRE:	
CÉDULA: 10903382181	CÉDULA:	
CARGO: Controlador	CARGO:	
INSTITUCIÓN: SSPYSSP	INSTITUCIÓN:	
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO		
FIRMA: Andres Felipe Arceaga	FIRMA:	
NOMBRE: Andres Felipe Arceaga	NOMBRE:	
CÉDULA: 1045500220	CÉDULA:	
INSTITUCIÓN: Consultorio odontológico	INSTITUCIÓN:	
CARGO: Odontólogo	CARGO:	