

Fecha: **08 12 2022**

E.S.E.: **Salud Integrada de servicios de salud**

**1. CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO**

ID Establecimiento:

**626398**

Número de Inscripción:

**SB00023539**

Número de carpeta:

**SBSBHA-1-12**

Razón social:

**Fundación misioneros divina redención san felipe neri**

Nombre del establecimiento:

**Casa Santa María**

NIT: **830143151**

-DV: **9**

Sede: **UNICA**

Dirección:

**KR 90 149 33 CA 3**

Ubicación:

**Fundación misioneros divina redención san felipe neri**

Localidad:

**Suba**

UPZ: **Suba**

Barrio:

**Tupiza alta**

Teléfonos **6015366355 / 6016927496**

Correo electrónico para notificación\*

**Fundir@fundir.org**

Nombre propietario:

**Fundación misioneros divina redención san felipe neri**

Tipo de documento:

C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☒ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐

Número documento: **830143151-9**

Nombre representante legal:

**Jesús Antonio Romero Giraldo**

Tpo de documento:

C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐

Número documento: **15322924**

Dirección de notificación:

**KR 90 149 33**

Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☐ NO ☒

Línea de intervención:

**Calidad de agua y saneamiento básico**

Intervención:

**Establecimientos de alojamiento y hospedaje sin servicios adicionales**

Tipo de establecimiento:

**Albergue**

Número de trabajadores:

**35**

Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ 24 horas ☒ Otro:

Días de funcionamiento: Lunes a viernes ☐ Domingo a domingo ☒ Fin de semana ☐ Otro:

| VISITA   | DÍA       | MES       | AÑO         | CONCEPTO                         | MEDIDA SANITARIA |          |
|----------|-----------|-----------|-------------|----------------------------------|------------------|----------|
|          |           |           |             |                                  | SI               | NO       |
| Visita 1 | <b>21</b> | <b>04</b> | <b>2022</b> | <b>Fuente con requerimientos</b> | -                | <b>X</b> |
| Visita 2 | -         | -         | -           | -                                | -                | -        |
| Visita 3 | -         | -         | -           | -                                | -                | -        |
| Visita 4 | -         | -         | -           | -                                | -                | -        |

| MOTIVO DE LA VISITA                        |                                                             |                                                                                                |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programación <input type="checkbox"/>      | Solicitud del interesado <input type="checkbox"/>           | Asociada a peticiones, quejas y reclamos <b>30-11-2022</b> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Solicitud oficial <input type="checkbox"/> | Evento de interés en salud pública <input type="checkbox"/> | Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin <input type="checkbox"/>       |
| Número de radicado: <b>4390122022</b>      |                                                             |                                                                                                |

Otro: ☐ Especifique:

**2. SERVICIOS ADICIONALES**

| Aspectos a verificar                                                                                                                                                                            |    |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| 2.1 Señale con una (X) los servicios adicionales evidenciados                                                                                                                                   | SI | <b>NO</b> |
| 2.2 El establecimiento cuenta con servicios adicionales?                                                                                                                                        |    | <b>X</b>  |
| 2.2.1 Lavado de prendas en seco.                                                                                                                                                                |    |           |
| 2.2.2 Estéticas.                                                                                                                                                                                |    |           |
| 2.2.3 Peluquería.                                                                                                                                                                               |    |           |
| 2.2.4 Carpintería.                                                                                                                                                                              |    |           |
| 2.2.5 Mantenimiento de maquinaria y equipos; incluye las siguientes actividades distribución de combustibles, cambio de aceite, taller de ornamentación, taller de pintura, taller de mecánica. |    |           |
| 2.2.6 Pesebreras.                                                                                                                                                                               |    |           |

\*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

Hoja 1/6

| Continuación 2. SERVICIOS ADICIONALES                                                                    | SI | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 2.2.7 Consultorio Veterinario, si cuentan con peschbreras y Caniles se vigilan en la misma intervención. |    |    |
| 2.2.8 Clínica Veterinaria si cuentan con peschbreras y caniles se vigilan en la misma intervención.      |    |    |
| 2.2.9 Piscina, Jacuzzi.                                                                                  |    |    |
| 2.2.10 Baños turcos, sauna.                                                                              |    |    |
| 2.2.11 Gimnasio.                                                                                         |    |    |
| 2.2.12 Planta tratamiento agua potable (Pozos).                                                          |    |    |
| 2.2.13 Anfiteatros (Animales y Humanos).                                                                 |    |    |
| 2.2.14 Restaurantes, cafeterías y expendios de licor = bar.                                              |    |    |
| 2.2.15 Expendio de productos farmacéuticos y suplementos dietarios.                                      |    |    |
| 2.2.16 Prestación de servicios de salud                                                                  |    |    |
| 2.2.17 Otro cual?                                                                                        |    |    |

### 3. CONDICIONES LOCATIVAS (Áreas administrativas, zonas comunes, otros servicios)

| Aspecto a verificar                                                                                                                                       | Cumplimiento |   |   |   | Hallazgos                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|---|---|--------------------------------------------------------|
| 3.1 Los techos, paredes y muros de las áreas son resistentes, sin grietas, sin signos de filtración y son de fácil limpieza y desinfección.               | X            | 2 | 3 | 4 |                                                        |
| 3.2 Las escaleras, rampas y pisos son seguros y están revestidas de material antideslizantes.                                                             | X            | 2 | 3 | 4 |                                                        |
| 3.3 Se cuenta señalización y demarcación de áreas internas y comunes.                                                                                     | X            | 2 | 3 | 4 |                                                        |
| 3.4 La iluminación natural o artificial es suficiente y adecuada en función de la actividad que se realiza para su uso al interior del establecimiento.   | X            | 2 | 3 | 4 |                                                        |
| 3.5 La ventilación natural o artificial es adecuada y se encuentra en cantidad suficiente sin generar riesgos a los pacientes, trabajadores y visitantes. | X            | 2 | 3 | 4 |                                                        |
| 3.6 Las instalaciones eléctricas están adecuadamente instaladas y protegidas.                                                                             | X            | 2 | 3 | 4 |                                                        |
| 3.7 Las instalaciones del almacenamiento de insumos y herramientas son adecuadas y seguras.                                                               | X            | 2 | 3 | 4 |                                                        |
| 3.8 Los servicios de expendios de bebidas cumplen con lo dispuesto en el Decreto 1686 de 2012.                                                            | 1            | 2 | 3 | X | Verificados por la inspección de alimentos y seguridad |

### 4. CONDICIONES LOCATIVAS (Habitaciones, alojamientos, etc.)

| Aspecto a verificar                                                                                                                                                                              | Cumplimiento |   |   |   | Hallazgos |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|---|---|-----------|
| 4.1 Los techos, paredes y muros son resistentes, sin grietas, sin signos de filtración y son de fácil limpieza y desinfección.                                                                   | X            | 2 | 3 | 4 |           |
| 4.2 La iluminación natural o artificial es suficiente y adecuada en función de la actividad que se realiza para su uso al interior del establecimiento.                                          | X            | 2 | 3 | 4 |           |
| 4.3 La ventilación natural o artificial es adecuada y se encuentra en cantidad suficiente sin generar riesgos a los pacientes, trabajadores y visitantes.                                        | X            | 2 | 3 | 4 |           |
| 4.4 Las instalaciones eléctricas están adecuadamente instaladas y protegidas.                                                                                                                    | X            | 2 | 3 | 4 |           |
| 4.5 En habitaciones, los muebles y electrodomésticos presentan buen estado de mantenimiento y limpieza.                                                                                          | X            | 2 | 3 | 4 |           |
| 4.6 Los amenities cuentan con rotulado.                                                                                                                                                          | 1            | 2 | X | 4 |           |
| 4.7 La lencería de las habitaciones se encuentra en buen estado y se observa en buenas condiciones de limpieza.                                                                                  | X            | 2 | 3 | 4 |           |
| 4.8 Los colchones y almohadas presentan buen estado de limpieza, están protegidos con elementos que los protejan contra derrames de fluidos.                                                     | X            | 2 | 3 | 4 |           |
| 4.9 En los baños de habitaciones se garantizan las condiciones de aseo y mantenimiento, están contruidos en materiales higiénico sanitarios, cuentan con dotación de elementos de aseo personal. | X            | 2 | 3 | 4 |           |
| 4.10 Las zonas húmedas de habitaciones presentan buen estado de pisos, paredes y techos y están en buenas condiciones de limpieza y desinfección.                                                | 1            | 2 | X | 4 |           |
| 4.11 Manuales operación de las zonas húmedas                                                                                                                                                     | 1            | 2 | X | 4 |           |

1. Cumple 2. No Cumple 3. No Aplica 4. No Observado

Hoja 2/6

**Continuación 4. CONDICIONES LOCATIVAS (Habitaciones, alojamientos, etc.)**

| Aspecto a verificar                                                                                                                                      | Cumplimiento |   |   |   | Hallazgos |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|---|---|-----------|
| 4.12 Los alimentos y bebidas en minibares se almacenan en elementos en buenas condiciones higiénicas y cuentan con fecha de caducidad o consumo vigente. | 1            | 2 | 3 | 4 | /         |

**5. SERVICIOS DE LAVANDERÍA**

| Aspecto a verificar                                                                                                                                                                                            | Cumplimiento |   |    |   | Hallazgos |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|----|---|-----------|
| 5.1 Los pisos, paredes y techos están contruidos con materiales inertes, resistentes, no porosos, impermeables, no deslizantes y con acabados libres de grietas y son de colores claros, están en buen estado. | X            | 2 | 3  | 4 | /         |
| 5.2 Todos los equipos, maquinarias y herramientas presentan evidencias de mantenimiento preventivo y correctivo periódico y están en buen estado.                                                              | X            | 2 | 3  | 4 | /         |
| 5.3 El almacenamiento de materiales, sustancias químicas u objetos se hace de acuerdo a lo establecido en hojas de seguridad, sin que se creen riesgos para la salud de los trabajadores o de la comunidad.    | X            | 2 | 3  | 4 | /         |
| 5.4 Se aplican procedimientos de limpieza y desinfección para la lencería, los productos son adecuados.                                                                                                        | X            | 2 | 3  | 4 | /         |
| 5.5 Cuenta con sistema de producción de vapor?                                                                                                                                                                 | SI           |   | NO |   | /         |
| 5.6 Lavandería si esta en otro lugar o tercerisa                                                                                                                                                               | SI           |   | NO |   | /         |
| 5.7 Cual? Caldera / Planta Eléctrica / Otro?                                                                                                                                                                   |              |   |    |   | /         |
| 5.8 Capacidad.                                                                                                                                                                                                 |              |   |    |   | /         |
| 5.9 Potencia.                                                                                                                                                                                                  |              |   |    |   | /         |

**6. SANEAMIENTO BÁSICO (Fontanería, manejo de residuos, control de plagas, limpieza)**

| Aspecto a verificar                                                                                                                                                                                                                        | Cumplimiento            |              |                 |                                                              | Hallazgos        |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-----------------|--------------------------------------------------------------|------------------|----------|
| 6.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA                                                                                                                                                                                                                 |                         |              |                 |                                                              |                  |          |
| 6.1.1 El establecimiento cuenta con suministro permanente de agua potable mediante conexión a una red de acueducto?.                                                                                                                       | X                       | 2            | 3               | 4                                                            | -                |          |
| 6.1.2 Cuenta con sistema de almacenamiento de agua.                                                                                                                                                                                        | SI                      | NO           |                 |                                                              | -                |          |
| 6.1.3 Fecha ultimo lavado.                                                                                                                                                                                                                 | 25-11-2022 Grupo ACSID. |              |                 |                                                              |                  |          |
| 6.1.4 El usuario mantiene las condiciones sanitarias de las instalaciones de distribución y almacenamiento de agua a nivel intradomiciliario, garantizando agua apta para consumo humano (decreto 1575 de 2007 y resolución 2115 de 2007). | X                       | 2            | 3               | 4                                                            | -                |          |
| 6.1.5 Indique la forma en que garantiza el suministro de agua potable.                                                                                                                                                                     | A                       | B            | X               | 2 tanques de reserva de agua potable de 2000 litros cada uno |                  |          |
| 6.2 ASEO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN                                                                                                                                                                                                          |                         |              |                 |                                                              |                  |          |
| 6.2.1 Cuentan con procedimientos escritos específicos de limpieza y desinfección de las instalaciones físicas del establecimiento con los respectivos registros de implementación.                                                         | X                       | 2            | 3               | 4                                                            | /                |          |
| 6.2.2 Las instalaciones se mantienen en buen estado de presentación, orden, aseo y limpieza, para evitar problemas higiénico-sanitarios.                                                                                                   | X                       | 2            | 3               | 4                                                            | /                |          |
| 6.3 DISPOSICIÓN DE RESIDUOS LÍQUIDOS                                                                                                                                                                                                       |                         |              |                 |                                                              |                  |          |
| 6.3.1 El establecimiento está conectado a la red pública de alcantarillado o a otro sistema adecuado de disposición de residuos líquidos?                                                                                                  | X                       | 2            | 3               | 4                                                            | -                |          |
| 6.3.2 El establecimiento garantiza un sistema adecuado de disposición de aguas residuales y excretas.                                                                                                                                      | X                       | 2            | 3               | 4                                                            | -                |          |
| 6.3.3 Dispone de desagües y sifones hidráulicos en el área de trabajo y/o baño?                                                                                                                                                            | X                       | 2            | 3               | 4                                                            | -                |          |
| 1. Cumple                                                                                                                                                                                                                                  | 2. No Cumple            | 3. No Aplica | 4. No Observado | A. Sistema de abastecimiento                                 | B. Carro tanques | C. Otros |

1. Cumple 2. No Cumple 3. No Aplica 4. No Observado A. Sistema de abastecimiento B. Carro tanques C. Otros

Hoja 3/6

| Aspecto a verificar                                                                                                                                                                                                          | Cumplimiento                        |   |   |   | Hallazgos           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---------------------|
| <b>6.4 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS</b>                                                                                                                                                                          |                                     |   |   |   |                     |
| 6.4.1 Se cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos peligrosos generados en el establecimiento y se encuentra documentado según lo establecido en el decreto 780/2016 y demás normas que se dicten sobre la materia. | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | /                   |
| 6.4.2 Cuenta con los comprobantes de recolección que le entregue el transportador de residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso.                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | Comprobantes al día |
| 6.4.3 El Plan de Gestión de los Residuos generados en el establecimiento se encuentra implementado.                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | -                   |
| <b>6.5 CONTROL DE PLAGAS</b>                                                                                                                                                                                                 |                                     |   |   |   |                     |
| 6.5.1 Cuentan con procedimientos escritos específicos que den cuenta de un manejo integral de plagas, con los respectivos soporte de la aplicación de medidas y uso de productos para el control de plagas.                  | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | -                   |
| <b>6.6 SERVICIOS SANITARIOS</b>                                                                                                                                                                                              |                                     |   |   |   |                     |
| 6.6.1 Se cuenta con baterías sanitarias debidamente dotadas (toallas, jabón, papel higiénico) y en buen estado de funcionamiento                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | /                   |
| 6.6.2 En los baños se garantizan las condiciones de aseo y mantenimiento.                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | /                   |
| 6.6.3 Se garantiza el suministro de elementos de aseo personal.                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 | /                   |

| Aspecto a verificar                                                                                                                           | Cumplimiento                        |    | Hallazgos |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|-----------|
| 7.1 Se cuenta con equipo contraincendios con tipo, número, distribución y capacidad de acuerdo al tipo de riesgo y carga combustible?         | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | /         |
| 7.2 El equipo contra incendio se encuentra con carga vigente, ubicado y señalizado de forma adecuada?                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | /         |
| 7.3 Se cuenta con un botiquín de primeros auxilios, debidamente señalizado y protegido contra la humedad, la luz y las temperaturas extremas. | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | /         |
| 7.4 El establecimiento cuenta con plan de emergencias por escrito e implementado.                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | /         |

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

8.1 Descripción de las exigencias: Se realizó visita de inspección, vigilancia y control al albergue en base a ley 9 de 1999 y demás normas vigentes aplicables, se evidencia cumplimiento, se otorga concepto sanitario favorable

Hoja 4/6

[illegible]

Continuación 8.1 Descripción de las exigencias:

8.2 Concepto sanitario de la visita:

Favorable ☒

Favorable con requerimientos\*

Desfavorable ☐

\*El establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos sanitarios establecidos en las normas vigentes, pero las condiciones sanitarias evidenciadas no conllevan a un riesgo inminente para la salud humana.

8.3 Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de — días, contados a partir de día — del mes de — de —, que vence el día — del mes de — de —. De acuerdo a la ley 9 de 1979 y decretos reglamentarios, Ley 715 de 2001 y demás disposiciones legales vigentes.

8.4 Observaciones de quien atiende la visita:

Ninguna.

8.5 Observaciones de quien realiza la visita:

Se socializan medidas preventivas frente a COVID-19 y virus similares con énfasis en ventilación y limpieza; limpieza del caso de la persona, conductas de autocuidado y cuidado mutuo

9. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Clausura temporal total ☐

Suspensión total de trabajos o servicios ☐

Clausura temporal parcial ☐

Decomiso ☐

Suspensión parcial de trabajos o servicios ☐

Congelación ☐

Destrucción o desnaturalización ☐

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy (día/mes/año) 06/12/2022 en Bogotá D. C.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA

Nombre: Maria Carolina Pardo Santos

Tipo de documento: CC

Número de documento: 101761313

Profesión u oficio: Ingeniera sanitaria

Firma: [Firma]

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA

Nombre:

Tipo de documento:

Número de documento:

Profesión u oficio:

Firma:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre: William Alberto Benítez López

Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐

Número de documento: 92641739

Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☐ Encargado ☒

Firma: W Benítez López

TESTIGO

Nombre:

Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐

Número de documento:

Firma:

NOTA 1: "En concordancia con lo establecido en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, se da por comunicado que la imposición de un concepto sanitario desfavorable y/o de una medida sanitaria de seguridad de la ley 9 de 1979, se iniciará una investigación administrativa en salud, conforme los términos establecidos en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011"

NOTA 2: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarrea las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"

Hoja 6/6

E.S.E. Subred Integrada de servicios de salud Norte Fecha: 08 12 2022

El presente instrumento se utiliza para el seguimiento del cumplimiento de lo establecido en la Ley 1335 de 2009 y debe ir anexo a las actas de Inspección, Vigilancia y Control.

### CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO

|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| ID Establecimiento:<br><u>626898</u>                                                                                                                                                                                                              | Número de Inscripción:<br><u>SB00023539</u>                                                                                                            | Número de carpeta:<br><u>SBSBHA-1-12</u> |
| Razón social:<br><u>Fundación misioneros divina redención san felipe neri</u>                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |                                          |
| Nombre del establecimiento:<br><u>Casa Santa María</u>                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                          |
| NIT: <u>830143151</u>                                                                                                                                                                                                                             | DV: <u>9</u>                                                                                                                                           | Sede: <u>UNIC</u>                        |
| Dirección: <u>KR 90 149 73 CA 3</u>                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |                                          |
| Ubicación: <u>Fundación misioneros divina redención san felipe neri</u>                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                        |                                          |
| Localidad: <u>Suba</u>                                                                                                                                                                                                                            | UPZ: <u>Suba</u>                                                                                                                                       |                                          |
| Barrio: <u>Tuna Alta</u>                                                                                                                                                                                                                          | Teléfonos: <u>6015366355 / 6016927496</u>                                                                                                              |                                          |
| Correo electrónico para notificación* <u>Fundiv@Fundiv.org</u>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                                          |
| Nombre propietario: <u>Fundación misioneros divina redención san felipe neri</u>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                        |                                          |
| Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> Número documento: <u>830143151-9</u> |                                                                                                                                                        |                                          |
| Nombre representante legal: <u>Jesus Antonio Romero Giraldo</u>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                          |
| Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> Número documento: <u>15322924</u>    |                                                                                                                                                        |                                          |
| Dirección de notificación: <u>KR 90 149 73</u>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                        |                                          |
| Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                              |                                                                                                                                                        |                                          |
| Línea de intervención: <u>Calidad de agua y saneamiento básico</u>                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        |                                          |
| Intervención: <u>(Establecimiento) de alojamiento y hospedaje sin servicios adicionales</u>                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |                                          |
| Tipo de establecimiento: <u>Albergue</u>                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                          |
| Número de trabajadores: <u>35</u>                                                                                                                                                                                                                 | Horario: Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> |                                          |
| Días de funcionamiento: Lunes a viernes <input type="checkbox"/> Domingo a domingo <input checked="" type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>                                                      |                                                                                                                                                        |                                          |

### MOTIVO DE LA VISITA

|                                                                   |                                                                          |                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Programación <input checked="" type="checkbox"/>                  | Solicitud del interesado <input type="checkbox"/><br>Número de radicado: | Asociada a peticiones, quejas y reclamos <input type="checkbox"/><br>Número de radicado: |
| Solicitud oficial <input type="checkbox"/><br>Número de radicado: | Evento de interés en salud pública <input type="checkbox"/>              | Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin <input type="checkbox"/> |
| Otro: <input type="checkbox"/> Especifique:                       |                                                                          |                                                                                          |

Número y fecha de radicado en caso de que el motivo de la visita sea solicitud de interesado o asociado a PQR

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

|     |           |                                                                  |
|-----|-----------|------------------------------------------------------------------|
| C   | CUMPLE    | Cuando cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar            |
| N.C | NO CUMPLE | Cuando NO cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar         |
| N.A | NO APLICA | Cuando el aspecto a verificar no corresponde al objeto a vigilar |

\*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

Hoja 1/3

| 2. ASPECTOS A VERIFICAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-------|
| ASPECTOS A VERIFICAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | DETALLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | C | N | C.N.A |
| 1. El establecimiento cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo de tabaco.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Prohíbe el consumo de tabaco y sus derivados en el objeto de IVC incluyendo las áreas de atención al público y áreas de espera tales como terrazas, jardines aleros, parasoles entre otros.                                                                                                                                                                                                                                                                         | X |   |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | El establecimiento NO debe tener zonas de fumadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | X |   |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | El establecimiento NO debe tener elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados. Ejemplo: ceniceros, fósforos, encendedores, presencia de colillas, entre otros.                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   | X     |
| 2. El establecimiento debe contar con las señalizaciones establecidas en el Artículo 2 y Artículo 20 Literal b de la Ley 1335 de 2009:<br>• Señalización "Ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y<br>• Señalización "Prohibida la venta de productos de tabaco y sus derivados a menores de edad"<br>La señalización debe cumplir con:<br>• Ubicado en sitio visible al público.<br>• Material resistente y de fácil limpieza y desinfección.<br>• Las dimensiones deben ser proporcionales al tamaño del establecimiento.<br>• No deben incluir figuras alusivas al cigarrillo, ni ningún recordatorio de marcas de cigarrillos. | La señalización debe contar con la siguiente información:<br>" Prohibida la Venta de Tabaco, Cigarrillos y sus derivados a menores de edad "<br>Parágrafo 1, artículo 2. Este anuncio en ningún caso hará mención a marcas, empresas o fundaciones de empresas tabacaleras; ni empleará logotipos, símbolos, juegos de colores, que permitan identificar alguna de ellas.<br><b>Estas señalizaciones deben indicar el Artículo 2, parágrafo 1 Ley 1335 de 2009.</b> |   |   | X     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | La señalización debe contar con algunos de los siguientes mensajes:<br>• "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados";<br>• "Por el bien de su salud, este espacio está libre de humo de cigarrillo o de tabaco";<br>• "Bienvenido, este es un establecimiento libre de humo de tabaco".<br><b>Estas señalizaciones de ambientes libres de humo deben indicar el Artículo 19 de la Ley 1335 de 2009.</b>             | X |   |       |
| 3. Cumple con la prohibición de venta por unidad de productos de tabaco y sus derivados. Parágrafo del artículo 3 de la Ley 1335 de 2009.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | A partir del 21 de Julio del 2011 quedó prohibida la venta por unidad de productos de tabaco o sus derivados; No deberá existir en el establecimiento cajetillas de cigarrillos abiertas, ni re envasadas en otros recipientes.                                                                                                                                                                                                                                     |   |   | X     |
| 4. El establecimiento no vende cigarrillos en cajetillas menores de 10 unidades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Verificar que las cajetillas de cigarrillos sean de mínimo de 10 unidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   | X     |
| 5. El establecimiento cumple con la prohibición de vender productos de tabaco a menores de edad. Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | No se evidencia venta, ni consumo de tabaco y sus derivados a menores de edad durante la visita.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   | X     |
| 6. El establecimiento cumple con las prohibiciones del uso de máquinas expendedoras o dispensadores mecánicos de productos de tabaco, en lugares y puntos de venta en los cuales hay libre acceso a menores de edad. Parágrafo 3 del Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se debe verificar que en el establecimiento no exista máquinas expendedoras o dispositivos mecánicos de fácil acceso a toda clase de público y/o usuario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   | X     |
| 7. El etiquetado y empaquetado de las cajetillas de cigarrillos que se encuentren en el establecimiento cumplen con las disposiciones del artículo 13 de la Ley 1335 de 2009.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Parágrafo 1°, Artículo 13, Ley 1335 de 2009. En todos los productos de cigarrillo, tabaco y sus derivados, se deberá expresar clara e inequívocamente, en la imagen o en el texto, según sea el caso y de manera rotativa y concurrente frases de advertencia y pictogramas, cuya rotación se hará como mínimo anualmente - 21 de Julio de cada año. Resolución 3961 de 2009 y Resolución 5914 de 2018.                                                             |   |   | X     |
| 8. El establecimiento cumple con las prohibiciones de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados. Artículos 14, 15, 16 y 17 de la Ley 1335 de 2009.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | En el establecimiento no deben encontrarse exhibidores y elementos promocionales o publicitarios tales como: Vallas, pancartas, murales, afiches, carteles o similares móviles o fijos relacionados con la promoción del tabaco y sus derivados.                                                                                                                                                                                                                    |   |   | X     |
| 9. El establecimiento adopta medidas específicas y razonables para disuadir a las personas a No hacer uso del Tabaco y sus derivados. Literal C, artículo 20 de la Ley 1335 de 2009.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | En el establecimiento existen acciones o campañas para el desestímulo del consumo de cigarrillo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | X |   |       |

Hoja 2/3

**3. OBSERVACIONES**

Apexo del acta 5803N005001

Ninguna

4. Cumple con los aspectos verificados de la Ley 1335 del 2009 Si ☒ No ☐

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy 06 del mes de 12 del año 2022 en la Ciudad de Bogotá.

| POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA                                                                                                                                                                          | POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre: <u>Mario Camacho Bello Santos</u>                                                                                                                                                                    | Nombre:                                                                                                                                                                                           |
| Tipo de documento: <u>CC</u>                                                                                                                                                                                 | Tipo de documento:                                                                                                                                                                                |
| Número de documento: <u>1014761313</u>                                                                                                                                                                       | Número de documento:                                                                                                                                                                              |
| Profesión u oficio: <u>Ingeniero ambiental</u>                                                                                                                                                               | Profesión u oficio:                                                                                                                                                                               |
| Firma: <u>[Firma]</u>                                                                                                                                                                                        | Firma:                                                                                                                                                                                            |
| POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO                                                                                                                                                                                | TESTIGO                                                                                                                                                                                           |
| Nombre: <u>William Alberto Benítez López</u>                                                                                                                                                                 | Nombre:                                                                                                                                                                                           |
| Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> | Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> |
| Número de documento: <u>92641739</u>                                                                                                                                                                         | Número de documento:                                                                                                                                                                              |
| Cargo: Representante legal <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Encargado <input checked="" type="checkbox"/>                                                                       | Institución:                                                                                                                                                                                      |
| Firma: <u>[Firma]</u>                                                                                                                                                                                        | Firma:                                                                                                                                                                                            |

NOTA 1: En aplicación de la Ley 1437 de 2011 artículos 2 y 3 numeral 4 principio de buena fe, hago constar que he recibido copia del acta de visita, la cual haré llegar al propietario o representante legal del establecimiento o similares, de lo contrario me hago responsable solidario ante cualquier investigación. La dirección de notificación deberá entenderse que es la misma del establecimiento, salvo que se trate de entidades públicas o establecimientos de cadena, la cual será la que ellos indiquen; el propietario o representante legal deberá informar a la autoridad sanitaria la dirección de notificación en caso de cambio. Autorizo a las autoridades de inspección vigilancia y control para notificar o enviar información a través del correo electrónico que queda registrado en la presente acta.

NOTA 2: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarrea las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"

Este es un documento público de conformidad con lo establecido en el artículo 264 del código de procedimiento civil.

Hoja 3/3