NOMBRE DEL CENTRO : CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA GRUPO 13		**QUIEN DILIGENCIA EL FORMATO : ND.JULIANA LEON RODRIGUEZ, TECNOLOGO DE ALIMENTOS: DIEGO ACEVEDO. TECNOLOGA AMBIENTAL: JENNY NATALIA PEÑA**		**CUMPLE**	**2**		
DIRECCION : CARRERA 40#9A-129, FINCA EL RETIRO, BARRIO EL HATO, LA MESA, CUNDINAMARCA		**NOMBRE DEL COORDINADOR : Adriana Miranda Buitrago**		**NO CUMPLE**	**1**	**CALIFICACIÓN**	**64%**
CORREO ELECTRONICO : ciaig11convenio7368@gmail.com		**FECHA : 15/04/2025**		**NO APLICA**	**N/A**		
1	**CONDICIONES LOCATIVAS (TÍTULO IV SANEAMIENTO DE EDIFICACIONES LEY 9 DE 1979 Y REGLAMENTACION)**	**CUMPLIMIENTO**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**ACCION DE MEJORA**	**RESPONSABLE DE ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE INICIO ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE FINAL DE ACCION DE MEJORA**
	ASPECTOS A VERIFICAR	**CALIFICACIÓN**					
1,1	*cuenta con una sal amiga en optimas condiciones*	N/A					
1,2	*las escaleras rampas, rampas y pisos son seguros y estan cubiertos de un material antideslizantes. Se cuenta con señalizacion de areas internas y comunes*	2					
1,3	*LOS TECHOS, PAREDES Y MUROS SON RESISTENTES SIN GRIETAS SIN SIGNOS DE FILTRACION Y SON DE FACIL LIMPIEZA Y DESINFECCION.*	2					
1,4	*SE CUENTA CON SEÑALIZACION Y DEMARCACION DE AREAS INTERNAS Y COMUNES*	2					
1,5	*LA ILUMINACION ARTIFICIAL O NATURAL ES SUFICIENTE Y ADECUADA EN FUCION DE LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZAPARA SU USO AL INTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO*	2					
1,6	*LAS ISTALACIONES ELECTRICAS ESTAN ADECUADAMENTE INSTALADAS Y PROTEGIDAS*	2					
1,7	*LAS ISTALACIONES DE INSUMOS Y HERRAMIENTAS SON ADECUADAS Y SEGURAS*	2					
1,8	*los servicios de expendios de bebidas cumplen con lo dispuesto en el decreto 1686 de 2012.*	N/A					
2	**CONDICIONES LOCATIVAS (HABITACIONES ALOJAMIENTOS ETC ...)**	**CUMPLIMIENTO**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**ACCION DE MEJORA**	**RESPONSABLE DE ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE INICIO ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE FINAL DE ACCION DE MEJORA**
2,1	*LOS TECHOS, PAREDES Y MUROS SON RESISTENTES SIN GRIETAS SIN SIGNOS DE FILTRACION Y SON DE FACIL LIMPIEZA Y DESINFECCION.*	2					
2,2	*LA ILUMINACION ARTIFICIAL O NATURAL ES SUFICIENTE Y ADECUADA EN FUCION DE LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZAPARA SU USO AL INTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO*	2					
2,3	*LA VENTILACION NATURAL O ARTIFICIAL ES ADECUADA Y SE ENCUENTRA EN CANTIDAD SUFICIENTE SIN GENERAR RIESGS A LOS PACIENTES, TRABAJADORES Y VISITANTES.*	2					
2,4	*LAS ISTALACIONES ELECTRICAS ESTAN ADECUADAMENTE ISTALADAS Y PROTEGIDAS*	2					
2,5	*EN HABITACIONES, LOS MUEBLES Y ELECTRODOMESTICOS PRESENTAN BUEN ESTADO DE MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA*	2					
2,6	*LOS AMENITES CUENTAN CON ROTULADO*	2					
2,7	*LA LENCERIA DE LAS HABITACIONES SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO Y SE OBSERVA EN BUENAS CONDICIONES DE LIMPIEZA*	2					
2,8	*LOS COLCHONES Y ALMOHADAS PRESENTAN BUEN ESTADO DE LIMPIEZA, ESTAN PROTEGIDOS CON ELEMENTOS QUE LOS PROTEGAN CONTRA DERRAME DE FLUIDOS*	2					
2,9	*EN LOS BAÑOS DE LAS HABITACIONES SE GARANTIZAN LAS CONDICIONES DE ASEO Y MANTENIMIENTO, ESTAN CONSTRUIDOS EN MATERIALES HIGIENICO-SANITARIOS, CUENTAN CON DOTACION DE ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL*	2					
2.10	*LAS ZONAS HUMEDAS DE HABITACIONES PRESENTAN BUEN ESTADO DE PISOS PAREDES Y TECHOS Y ESTAN EN BUENAS CONDICIONES DE LIMPIEZA Y DESINFECCION*	2					
2.11	*LOS ALIMENTOS Y BEBIDAS EN MINIBARES SE ALMACENAN EN ELEMENTOS EN BUENAS CONDICIONES HIGIENICAS Y CUENTA CON FECHA DE CADUCIDAD O CONSUMO VIGENTE.*	N/A					
3	**SERVICIOS DE LAVANDERIA**	**CUMPLIMIENTO**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**ACCION DE MEJORA**	**RESPONSABLE DE ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE INICIO ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE FINAL DE ACCION DE MEJORA**
3,1	*LOS PISOS, PAREDES Y TECHOS ESTAN CONSTRUIDOS CON MATERIALES INERTES RESISTENTES NO POROSOS IMPERMEHABLES NO DESLIZANTES Y CON ACABADOS LIBRES DE GRIETAS Y SON DE COLORES CLAROS, ESTAN EN BUEN ESTADO.*	2					
3,2	*TODOS LOS EQUIPOS MAQUINARIAS Y HERRAMIENTAS PRESENTAN EVIDENCIAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PERIODICO Y ESTAN EN BUEN ESTADO*	2					
3,3	*EL ALMACENAMIENTO DE MATERIALES SUSTANCIAS QUIMICAS U OBJETOS SE HACE DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS HOJAS DE SEGURIDAD, SIN QUE SE CREEN RIESGOS EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y DE LA COMUNIDAD.*	2					
3,4	*SE APLICAN PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION PARA LA LENCERIA, LOS PRODUCTOS SON ADECUADOS.*	2					
3,5	*SE CUENTA CON SISTEMA DE PRODUCCION DE VAPOR*	N/A					
3,6	*CUAL? CALDERA__X__PLANTA ELECTRICA _____OTRO _____*	N/A					
3,7	*CAPACIDAD _____*	N/A					
3,8	*POTENCIA _____*	N/A					
4	**SANEAMIENTO BÁSICO (FONTANERIA, MENEJO DE RESIDUOS, CONTROL DE PLAGAS LIMPIEZA)**	**CUMPLIMIENTO**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**ACCION DE MEJORA**	**RESPONSABLE DE ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE INICIO ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE FINAL DE ACCION DE MEJORA**
4,1	**ABASTECIMIENTO DE AGUA**						
4.1.1	*EL ESTABLECIMIENTO CUENTA CON SUMINISTRO PERMANENTE DE AGUA POTABLE MEDIANTE CONECCION A UNA RED DE ACUEDUCTO.*	2					
4.1.2	*CUENTA CON SISTEMA DE ALMACENAMIENTO DE AGUA*	2					
4.1.3	*FECHA DEL ULTIMO LAVADO :*	2	29 Diciembre de 2024				
4.1.4	*EL USUARIO MANTIENE LAS CONDICIONES SANTARIAS DE LAS INSTALACIONES DE DISTRIBUCION Y ALMACENAMIENTO DE AGUA A NIVEL INTRADOMICILIARIO GARANTIZANDO AGUA APTA PARA EL CONSUMO HUMANO (DECRETO 1575 DE 2007 Y RESOLUCION 2115 DE 2007*	2					
4.1.5	*INDIQUE LA FORMA EN QUE GARANTIZA EL SUMINISTRO DE AGUA POTABLE*	*ACUEDUCTO*					
4.2	**ASEO, LIMPIEZA Y DESINFECCION**	**CUMPLIMIENTO**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**ACCION DE MEJORA**	**RESPONSABLE DE ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE INICIO ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE FINAL DE ACCION DE MEJORA**
4.2.1	*CUENTA CON PROCEDIMIENTOS ESCRITOS ESPECIFICOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LAS INSTALACIONES FISICAS DEL ESTABLECIMIENTO CON LOS RESPECTIVOS REGISTROS DE IMPLEMENTACION.*	2					
4.2.2	*LAS INSTALACIONES SE MANTIENEN EN BUEN ESTADO DE PRESENTACION, ORDEN, ASEO Y LIMPIEZA, PARA EVITAR PROBLEMAS HIGIENICO-SANITARIOS*	2					

4.3	DISPOSICION DE RESIDUOS LÍQUIDOS	CUMPLIMIENTO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCION DE MEJORA	RESPONSABLE DE ACCION DE MEJORA	FECHA DE INICIO ACCION DE MEJORA	FECHA DE FINAL DE ACCION DE MEJORA
4.3.1	*EL ESTABLECIMIENTO ESTA CONECTADO A LA RED PUBLICA DE ALCANTARILLADO O A OTRO SISTEMA ADECUADO DE DISPOSICION DE RESIDUOS LIQUIDOS?*	2					
4.3.2	*EL ESTABLECIMIENTO GARANTIZA UN SISTEMA ADECUADO DE DISPOSICION DE AGUAS RESIDUALES Y EXCRETAS*	2					
4.3.3	*DISPONE DE DESAGUES Y SIFONES HIDRÁULICOS EN EL ÁREA DE TRABAJO Y/O BAÑO*	2					
4.4	**DISPOSICION DE RESIDUOS SOLIDOS**	**CUMPLIMIENTO**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**ACCION DE MEJORA**	**RESPONSABLE DE ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE INICIO ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE FINAL DE ACCION DE MEJORA**
4.4.1	*SE CUENTA CON UN PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS PELIGROSOS GENERADOS EN EL ESTABLECIMIENTO Y SE ENCUENTRA DOCUMENTADO SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 780/2016 Y DEMAS NORMAS QUE SE DICTEN SOBRE LA MATERIA*	2					
4.4.2	*CUENTA CON LOS COMPROBANTES DE RECOLECCION QUE LE ENTREGA EL TRANSPORTADOR DE RESIDUOS O DESECHOS PELIGROSOS CON RIESGO BIOLOGICO O INFECCIOSO*	2					
4.4.3	*EL PLAN DE GESTION DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN EL ESTABLECIMIENTO SE ENCUENTRA IMPLEMENTADO*	2					
4.5	**CONTROL DE PLAGAS**	**CUMPLIMIENTO**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**ACCION DE MEJORA**	**RESPONSABLE DE ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE INICIO ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE FINAL DE ACCION DE MEJORA**
4.5.1	*CUENTA CON PROCEDIMIENTOS ESCRITOS ESPECIFICOS QUE DEN CUENTA DE UN MANEJO INTEGRAL DE PLAGAS CON LOS RESPECTIVOS SOPORTES DE LA APLICACIÓN DE MEDIDAS Y USO DE PRODUCTOS PARA EL CONTROL DE PLAGAS*	2	FUMIGACION 29 DE DICIEMBRE 2024				
4.6	**SERVICIOS SANITARIOS**	**CUMPLIMIENTO**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**ACCION DE MEJORA**	**RESPONSABLE DE ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE INICIO ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE FINAL DE ACCION DE MEJORA**
4.6.1	*SE CUENTA CON BATERIAS SANITARIAS DEBIDAMENTE DOTADAS (TOALLAS, JABOS PAPEL HIGIENICO) Y EN BUEN ESTADO DE FUNCIONAMIENTO*	2					
4.6.2	*EN LOS BAÑOS SE GARANTIZA LAS CONDICIONES DE ASEO Y MANTENIMIENTO*	2					
4.6.3	*SE GARANTIZA EL SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL*	2					
7	**PREVENCION DE EMERGENCIAS Y DESATRES**	**CUMPLIMIENTO**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**ACCION DE MEJORA**	**RESPONSABLE DE ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE INICIO ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE FINAL DE ACCION DE MEJORA**
7.1	*SE CUENTA CON EQUIPO CONTRA INCENDIOS CON TIPO, NUMERO, DISTRIBUCION Y CAPACIDAD DE ACUERDO AL TIPO DE RIESGO Y CARGA COMBUSTIBLE.?*	2					
7.2	*EL EQUIPO CONTRA INCEDIO SE ENCUENTRA CON CARGA VIGENTE, UBICADO Y SEÑALIZADO*	2					
7.3	*SE CUENTA CON UN BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS, DEBIDAMENTE SEÑALIZADO Y PROTEGIDOCONTRA LA HUMEDAD, LA LUZ Y LAS TEMPERATURAS EXTREMAS.*	2					
7.4	*EL ESTABLECIMIENTO CUENTA CON PLAN DE EMERGENCIA POR ESCRITO E IMPLEMENTADO*	2					
8	**SERVICIOS DE SALUD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**	**CUMPLIMIENTO**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**ACCION DE MEJORA**	**RESPONSABLE DE ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE INICIO ACCION DE MEJORA**	**FECHA DE FINAL DE ACCION DE MEJORA**
8.1	*ADELANTA REGISTROS O NOTIFICACION DE EVENTOS.*	N/A					
8.2	*SE HAN PRESENTADO BROTES DE INTERES EN SALUD PUBLICA DE NOTIFICACION OBLIGATORIA*	N/A					

2 CUMPLE
1 NO CUMPLE
N/A NO APLICA