

Subred: BOL Occidente ESE. Número de Inscripción: _____
Unidad de Servicios de Salud: PAGE VI ROSA. Número de Carpeta: 1545.

1. CÉDULA ESTABLECIMIENTO

1.1 Razón social: SOLUCIONES INTEGRALES INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES SAS.
1.2 Nombre del establecimiento: STICOM SAS.
1.3 NIT: 900495724-2. 1.4 Sede: NO TIENE.
1.5 Dirección: CALLE 150 22 12 DE 2 1.6 Localidad: BOGOTÁ
1.7 UPZ: 13 DE SEPTIEMBRE 1.8 Teléfono 1: 9754551 1.9 Teléfono 2: 3105823578.
1.10 Barrio: Las Yacuarinas. 1.11 Correo electrónico: shoanacultura@sticomingenieria.com
1.12 Nombre propietario: SOLUCIONES INTEGRALES INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES SAS.
1.13 Tipo de documento: C. C. ☐ C. E. ☐ NIT. ☒ 1.14 Número documento: 900495724-2.
1.15 Nombre representante legal: JENNIFER GONZALEZ MUÑOZ.
1.16 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ 1.17 Número documento: 53105391.
1.18 Persona que atiende la visita: JENNIFER GONZALEZ MUÑOZ. 1.19 Cargo: REPRESENTANTE LEGAL.
1.20 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ 1.21 Número documento: 53105391
1.22 Dirección de notificación: CALLE 150 22 12 DE 2
1.23 Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☒ NO ☐
1.24 Número matrícula mercantil del establecimiento: 02173861.
1.25 La matrícula mercantil del establecimiento está actualizada: SI ☒ NO ☐
1.26 Línea de intervención: Seguridad Química 1.27 Tipo de establecimiento: Limpieza y desinfección de tanques.
1.28 Intervención: TRABAJO A EMPRESAS APLICADORAS DE PLAGUICIDAS - Limpieza de tanques.
1.29 Número de trabajadores: 8. 1.30 Horario: diurno ☒ nocturno ☐ 24 horas ☐ otro: _____
1.31 Días de funcionamiento: lunes a viernes ☐ domingo a domingo ☐ fin de semana ☐ otro: LUNES A VIERNES.

VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO	MEDIDA SANITARIA SI NO	MOTIVO
Visita 1	<u>20</u>	<u>ABRIL</u>	<u>2018</u>	<u>FAVORABLE.</u>	☒	(VO) Visita de oficio
Visita 2						(NC) Notificación comunitaria
Visita 3						(AB) Asociada a brote
Visita 4						(SI) Solicitud del interesado Rad. <u>06390</u>
						(SO) Solicitud oficial Rad. _____

2. INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Aspecto a verificar	Hallazgos
2.1 Número de trabajadores administrativos (Hombres).	<u>2</u>
2.2 Número de trabajadores administrativos (Mujeres).	<u>1</u>
2.3 Número de trabajadores operativos (Hombres).	<u>5</u>
2.4 Número de trabajadores operativos (Mujeres).	<u>0</u>
2.5 Número de trabajadores menores de edad.	<u>0</u>
2.6 Número de turnos por semana por trabajador.	<u>1</u>
2.7 Horas por turno por trabajador.	<u>8</u>

3. CONDICIONES LOCATIVAS Y DE ALMACENAMIENTO

3. CONDICIONES ESTRUCTURALES					
Aspecto a verificar		Cumplimiento			Hallazgos
3.1 Pisos.		1	2	3	4
1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica	4. No Observado		



BOGOTÁ

Continuación 3. CONDICIONES LOCATIVAS Y DE ALMACENAMIENTO

Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
3.2 Paredes.	☒	2	3	4	
3.3 Techos.	☒	2	3	4	
3.4 Escaleras, pasamanos en escaleras, rampas y vías de acceso.	☒	2	3	4	
3.5 Ventilación.	☒	2	3	4	
3.6 Iluminación.	☒	2	3	4	
3.7 Temperatura.	☒	2	3	4	
3.8 Separación física de almacenamiento entre actividades económicas.	☒	2	3	4	
3.9 Las áreas administrativas se encuentran aisladas del área de almacenamiento de sustancias químicas.	☒	2	3	4	
3.10 Concepto uso del suelo.	SI		NO		Resolución 1-2018-03137.
3.11 Área de almacenamiento.	☒	2	3	4	

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD

Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
4.1 Ubicación y distribución de maquinaria y equipos.	☒	2	3	4	
4.2 Mantenimiento periódico de equipos y calibración.	☒	2	3	4	

4.3 CLASE DE EQUIPOS UTILIZADOS

EQUIPO	NÚMERO DE EQUIPOS	MARCA	ESTADO	FECHA DE ÚLTIMO MANTENIMIENTO
Bomba Sprayer 61312.	1	Humbold.	Buena.	02-03-2018.
Aspiradora	3.	WASHNEE	Buena.	02-03-2018.
Bomba Sprayer 61312	1.	EVANS.	Buena	03-02-2018.
Aspiradora	2	WASHNEE	Buena	02-03-2018.
Aspersora eléctrica.	1	BACHER.	Buena	Nueva.
Aspersora A. 17002	1	FOREBY	Buena	28-03-2018
Aspersora 17002	1	SMIL 54 31	Buena	03-04-2018

Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
4.4 Protocolo de procedimientos avalados según el perfil específico.	☒	2	3	4	
4.5 Formato de reporte de entrega a usuarios o formato de diagnóstico.	☒	2	3	4	
4.6 Sistema contra incendio e inscripción ante bomberos local.	☒	2	3	4	Buen Resguardo 4. 2018 - 7207
4.7 Elementos de protección personal y registro de entrega.	☒	2	3	4	
4.8 Sistema eléctrico / protección.	☒	2	3	4	

Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
4.9 Señalización de las áreas y publicación alusiva a espacios libres de humo.	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
4.10 Ubicación y dotación adecuada de botiquín de primeros auxilios	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
	Plaguicidas (se califica en caso de que aplique para la actividad)				
4.11 Poliza de Responsabilidad Civil.	SI		NO		La empresa no tiene póliza de responsabilidad civil.
4.12 Educación sanitaria a la comunidad.	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
4.13 Se cuenta con asesoría técnica.	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
4.14 La asesoría se encuentra respaldada por un contrato laboral.	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
4.15 El asistente técnico se encuentra inscrito ante la entidad de salud competente.	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	El asistente técnico se encuentra inscrito ante la entidad de salud competente.
4.16 El asistente técnico presenta informe trimestral a la entidad de salud competente.	☒ SI		NO		
4.17 La empresa cuenta con archivo de facturas de la compra de productos plaguicidas	Fecha de último reporte: 20/05/2018.				
	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
4.18 Almacenamiento de insumos según compatibilidad.	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	

5. CONDICIONES SANITARIAS

Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
5.1 Abastecimiento y almacenamiento de agua.	☒	☐	☐	☐	<i>Abastecimiento 20/05/2018.</i>
5.2 Drenajes: cajas, canales, sifones.	☒	☐	☐	☐	
5.3 Servicios sanitarios con batería sanitaria completa y ducha	☒	☐	☐	☐	
5.4 Vestier y locker de doble compartimiento.	☒	☐	☐	☐	
5.5 Orden y limpieza.	☒	☐	☐	☐	
5.6 Prácticas de almacenamiento seguras de residuos sólidos ordinarios.	☒	☐	☐	☐	
5.7 Prácticas de almacenamiento seguras residuos sólidos y líquidos peligrosos.	☒	☐	☐	☐	
5.8 Disposición de residuos sólidos y líquidos peligrosos con empresa gestora autorizada.	☒ SI		NO		<i>Disposición de residuos sólidos y líquidos peligrosos con empresa gestora autorizada.</i>
5.9 Presencia de polvos orgánicos e inorgánicos.	☒	☐	☐	☐	
5.10 Presencia de olores, gases, humos, otros.	☒	☐	☐	☐	
5.11 Manejo integrado de vectores.	☒	☐	☐	☐	
Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
	Plaguicidas (se califica en caso de que aplique para la actividad)				
5.12 Área de lavado de equipos y elementos de protección personal con sistema de vertimientos.	☒	☐	☐	☐	
5.13 Los insumos alimenticios se encuentran separados.	☐	☐	☐	☒	

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



6. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO								
Aspecto a verificar		Cumplimiento			Hallazgos			
6.1 Afiliación a riesgos laborales		SI	NO	Positiva varias				
6.2 Afiliación a Regimen Contributivo en Salud.		SI	NO					
6.3 Afiliación a Regimen Subsidiado en Salud.		SI	NO					
6.4 Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST.		SI	NO					
6.5 Exámenes ocupacionales de acuerdo a actividad		1	2				3	4
6.6 Capacitación específica para la actividad, en caso de manejo de plaguicidas todo el personal involucrado cuenta con la respectiva capacitación.		1	2				3	4
6.7 Rotulado y etiquetado de los recipientes.		1	2				3	4
6.8 Hojas de seguridad.		1	2				3	4
Aspecto a verificar		Cumplimiento			Hallazgos			
		Plaguicidas (se califica en caso de que aplique para la actividad)						
6.9 Los técnicos cuentan con carne refrendado por la autoridad sanitaria.		1	2	3	4			
6.10 Técnicos aplicadores de plaguicidas:								

[illegible]

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

7. PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES					
Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
	Plaguicidas				
7.1 Plan de emergencias y contingencias	SI		NO		
7.2 Señalización de emergencias y evacuación.	1	2	3	4	
7.3 Sistema de contención de derrames	1	2	3	4	

[illegible]

S: Sólido	L: Líquido	G: Gaseoso
-----------	------------	------------

[illegible]SI ☒ NO

10.1 Descripción de las exigencias: Teniendo en cuenta visita sanitaria realizada se observa en el momento cumplimiento a exigencias mínimas de ley orgánica Dto 1853/91, Dto 1375/2009; por lo cual se emite concepto sanitario:

ADAPTABLE"

10.1 Continuación de la descripción de las exigencias:

"
CONCEPTO SANITARIO
+ FAVORABLE"

plaguicidas.tanques@gmail.com

10.2 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.

10.3 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.

10.4 Observaciones de quien atiende la visita:



Continuación 10.4 Observaciones de quien atiende la visita:

11. APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD (ART. 576 LEY 9ª DE 1979)

11.1 Clausura temporal total	☐	11.4 Suspensión total de trabajos o servicios	☐
11.2 Clausura temporal parcial	☐	11.5 Decomiso	☐
11.3 Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐	11.6 Congelación	☐

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy (día/mes/año) 30/04/08, en Bogotá D. C.

12. FUNCIONARIO DE SALUD (1)	13. FUNCIONARIO DE SALUD (2)
12.1 Nombre: <u>Miguel Torres</u>	13.1 Nombre: <u>LDA TIGRITA BARRERA</u>
12.2 Tipo de documento: <u>C.C.</u>	13.2 Tipo de documento: <u>CC</u>
12.3 Número de documento: <u>77793784</u>	13.3 Número de documento: <u>5286002 Bx</u>
12.4 Cargo: <u>Coordinador Administrativo</u>	13.4 Cargo: <u>Abogado (Representante)</u>
12.5 Firma: <u>[Firma]</u>	13.5 Firma: <u>[Firma]</u>

14. PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	15. TESTIGO
14.1 Nombre: <u>Jennifer González Uribe</u>	15.1 Nombre: <u>Santiago Benavente</u>
14.2 Tipo de documento: C.C. ☒ C.E. ☐	15.2 Tipo de documento: <u>cc</u>
14.3 Número de documento: <u>53.105.391</u>	15.3 Número de documento: <u>80.036.935</u>
14.4 Cargo: Representante legal ☒ Propietario ☐ Encargado ☐	15.4 Firma: <u>[Firma]</u>
14.5 Firma: <u>[Firma]</u>	

Nota: 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.

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