

ACTA TÉCNICA DE INSPECCIÓN HIGIÉNICO SANITARIA Y DE BIOSEGURIDAD A ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS

ACTA No. 004

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

MUNICIPIO: <u>Ibagué.</u>	FECHA: <u>13 de febrero 2018</u>
RAZON SOCIAL <u>Asistimos IPS</u>	NIT: <u>900 622 070 - 1</u>
Representante Legal: <u>Miguel Alfredo Herrera</u>	C.C. <u>900 622 070.</u>
Dirección: <u>Calle 39 N° 44 - 19 B/Magisterio.</u>	Teléfono: <u>2754821</u>
Certificado de Uso cumple : Si ☐ No ☐	Fecha Expedición: <u> </u>
Matricula Cámara y Comercio N°.	Fecha <u> </u>
Naturaleza Jurídica de la institución: PUBLICA ☐ PRIVADA ☒ MIXTA ☐	
Actividad Económica: <u>IPS</u>	

2. OBJETO DE LA VISITA

Inspección, vigilancia ☐	Queja ciudadana ☒
Control ☐	Solicitud visita Ente de Control ☐

3. CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS DE LA INSTITUCIÓN

REQUERIMIENTO	EVAL.	OBSERVACIONES
1. Los PISOS, PAREDES Y TECHO del establecimiento son en material sanitario, impermeable, no tóxico, no poroso, no absorbente y de fácil lavado.		No observado
2. Los pisos, techos y paredes presentan adecuado mantenimiento y limpieza.		
3. Las condiciones de aireación e iluminación de las áreas, tanto naturales como artificiales son adecuadas.		
4. El establecimiento cuenta con abastecimiento de agua, tanques de almacenamiento dotados de tapa y suficiente plumilla de suministro.		
5. El piso del área de exposición presenta pendiente suficiente hacia el desagüe de recolección de aguas cuando se realice el aseo del mismo.		
6. La institución cuenta con señalización adecuada y acorde a las normas?		
7. La institución cuenta con servicios sanitarios separados por géneros y en buen estado de limpieza y aseo.		
8. Los detergentes, plaguicidas, jabones entre otros productos químicos usados para las actividades de limpieza y desinfección se encuentran ubicados en sitios de almacenamiento separados y/o sitios alejados de las zonas de exposición.		
9. Se realiza control de plagas?		
10. Nombre de la empresa autorizada por la SST.		

4. MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

REQUERIMIENTO	EVAL.	OBSERVACIONES
1. Cuenta con PGIRHS.	N.O	
2. Se encuentra conformado el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria, existen soportes del mismo.	N.O	
3. La institución cuenta con un(os) funcionario(s) encargados de la gestión de residuos?.	N.O	
4. Cuenta con un cronograma de actividades actualizado anualmente?.	N.O	
5. El personal se encuentra capacitado en el Manejo Integral de Residuos Hospitalarios y existe soporte de ello.	N.O	
6. La separación selectiva de los Residuos Hospitalarios generados se encuentra acorde al código de colores.	N.O	
7. Los recipientes desechables (Guardián de Bioseguridad) se encuentran bien ubicados y en óptimas condiciones de funcionamiento.	N.O	
8. Cuentan los recipientes reutilizables para depositar los residuos con bolsa interior y tapa?.	N.O	

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD DE LAS ÁREAS

REQUERIMIENTO	EVAL.	OBSERVACIONES
9. Desactivación: Al interior del establecimiento se aplican técnicas adecuadas para la Desactivación de los Residuos Hospitalarios?	N.O	
10. El movimiento interno de los residuos hospitalarios presenta rutas de recolección y transporte interno de manera adecuada y está publicado en el plano?	N.O	
11. El almacenamiento central se encuentra aislado de las áreas de prestación de servicios.	N.O	
12. El almacenamiento central presenta condiciones sanitarias adecuadas como pisos, paredes y techos y presenta un adecuado mantenimiento y limpieza.	N.O	
13. Se diligencia correcta y oportunamente el formato Rh1 y el RHPS.	N.O	
14. El establecimiento calcula los indicadores de gestión interna.	N.O	
15. Cuenta con contrato con empresa de Servicio Especial de Aseo.	N.O	
16. Presenta manifiesto de transporte.	N.O	
17. Ha presentado los informes a las autoridades ambientales y sanitarias en las épocas correspondientes?	N.O	
18. Realiza auditoría interna para verificar el correcto funcionamiento del plan?.	N.O	
19. Realiza auditoría externa al operador del servicio de recolección y disposición final para verificar la correcta disposición final de los residuos?.	N.O	

5. SISTEMA GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REQUERIMIENTO	EVAL.	OBSERVACIONES
1. El establecimiento cuenta con el SGSST debidamente avalado por persona con licencia en Salud Ocupacional?.	N.O	
2. Tiene cronograma de actividades actualizado anualmente?.	N.O	
3. Tiene establecidos protocolos de bioseguridad para el manejo de accidentes de trabajo?.	N.O	
4. El establecimiento cuenta con botiquín de primeros auxilios dotado.	N.O	
5. Existen extintores de incendios, debidamente señalizados y con fecha vigente de carga.	N.O	
6. El establecimiento cuenta con plan de emergencias, brigadas y actividades de emergencia.	N.O	
7. Está conformado el COPASST y/o Vigía Ocupacional.	N.O	
8. Tiene Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial actualizado, publicado y de conocimiento de los empleados.	N.O	
9. Cuenta con matriz de peligro actualizado.	N.O	
10. La institución cuenta con las historias clínicas ocupacionales de personal que labora en la institución y sus respectivos exámenes y valoraciones periódicas?.	N.O	

6. CONDICIONES DE LA MORGUE - DEPÓSITO DE CADÁVERES - LABORATORIO DE TANATOPRAXIA

REQUERIMIENTO	EVAL.	OBSERVACIONES
1. El establecimiento cuenta con área exclusiva para la preparación y/o conservación de cadáveres?.	N.A	N.A
2. Las mesas de procedimientos son en material sanitario lavable y con pendiente adecuada para evacuación de fluidos?.		
3. El sistema de iluminación y ventilación del área de procedimientos es suficiente y adecuado?.		
4. Las paredes, pisos y techos se encuentran en material higiénico, no poroso, no absorbente?.		
5. Los equipos e insumos para necropsias y/o conservar cadáveres garantizan las condiciones de higiene, limpieza y asepsia?.		
6. El instrumental utilizado es desechable, o en su defecto se realizan procedimientos de limpieza y desinfección?.		
7. El personal que realiza procedimientos de necropsias o tanatopraxia cuenta con los elementos de protección personal adecuados?.		
8. Cuentan con cuarto frío para la conservación de los cadáveres.		
9. El personal de tanatopraxia cuenta con el registro expedido por la Secretaría de Salud.		



7. CONDICIONES DE LOS VEHÍCULOS

OBSERVACIONES	EVAL.	OBSERVACIONES
1. Los vehículos destinados al transporte de cadáveres son de uso exclusivo para este fin?	N.A	N.A
2. Cuentan con la identificación adecuada, ubicada en los costados laterales, de forma fija, visible y no removible?		
3. Se garantiza las condiciones de higiene y limpieza al interior del vehículo, en cuanto a pisos, techo y paredes del mismo?		
4. La cabina se encuentra debidamente separada del área de ubicación del cadáver?		
5. El personal que conduce los coches cuentan con el esquema de vacunación completo: Hepatitis B, tétano y Meningococo?		

8. CONDICIONES DEL ÁREA DE EXHUMACIONES

OBSERVACIONES	EVAL.	OBSERVACIONES
1. Cuenta con un área específica y de uso exclusivo para la realización de exhumaciones?	N.A	N.A
2. Cuenta con la señalización adecuada, de forma fija, visible y no removible?		
3. Se garantiza las condiciones de higiene y limpieza al interior del área, en cuanto a pisos, techo y paredes del mismo?		
4. Cuenta con un protocolo de procedimientos para los cadáveres que son exhumados.		
5. Cuenta con un área específica para el adecuado almacenamiento de los elementos y herramientas que se utilizan para el procedimiento de exhumaciones?		
6. Cuenta con suministro de agua, energía eléctrica.		
7. La ventilación e iluminación es adecuada?		
8. El personal que realiza las exhumaciones cuentan con el esquema de vacunación completo: Hepatitis B, tétano y Meningococo?		

9. EXIGENCIAS PARA EL CUMPLIMIENTO

No se emite concepto ya que la persona encargada no se encontraba; quien nos recibe es la señora Yully Torres auxiliar enfermería y nos comunica que ella no está autorizada para recibir la visita y tampoco para firmar y mostrar documentación; la señora Yully Torres se comunicó con la señora Erika Cedeño quien no autoriza a la auxiliar de enfermería - auxiliar administrativa recibir la visita. Esta acta no queda firmada por la persona que nos atendió.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. On the left side, there is a vertical margin line, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled document. There is no handwriting or other markings on the page.

De conformidad con lo establecido en la Legislación Sanitaria Vigente; Ley 9 de 1979, Ley 430 de 1998, Decreto 351/2014, Resolución 5194/2010, Resolución 1164/2002, Resolución 649/2005.

Para efectos de evaluación de la visita se tendrá en cuenta los siguientes valores: 2: cumple satisfactoriamente, 1: Cumple parcialmente, 0: No cumple, N/A: No aplica, NO: No observado.

CONCEPTO SANITARIO DE LA VISITA

(FV)	FAVORABLE	Cumple totalmente las condiciones sanitarias establecidas por la normatividad
(DV)	DESAVORABLE	No admite exigencias, se procede a aplicar medidas sanitarias

Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de _____ días, contados a partir del día _____, del mes del _____ de _____, que vence el día _____, del mes _____ de _____. De acuerdo a la Ley 9 de 1979 y sus reglamentarios.

ACCIÓN DE LA VISITA

(AEC)		SE APLAZA LA EMISION DEL CONCEPTO	Condicionado al cumplimiento de las recomendaciones dejadas en la presente acta y que no pongan en riesgo la salud pública del establecimiento
APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIA (Art. 576 Ley 9/79)			
SI	NO ☒	(CT) Clausura Temporal Total	Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
		(CP) Clausura Temporal Parcial	Vacunación de personas y animales
		(SP) Suspensión Parcial de Trabajos o Servicios	Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
		(ST) Suspensión Total de Trabajos o Servicios	Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades
		(DC) Decomiso	
		(CG) Congelación	Retención o el depósito en custodia de objetos
		(DS) Destrucción y Desnaturalización	Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas

Para constancia, previa lectura y ratificación del Concepto de la presente acta, firman los funcionarios y personas que atendieron la visita hoy 13, del mes Febrero del año 2018. De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA		PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	
NOMBRE	Darwinth Olaya B.	NOMBRE	
CC.	28555832	CC.	
CARGO	Profesional de Apoyo SST	CARGO	
PROFESION	Enfermera	PROFESION	
FIRMA		FIRMA	
FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA		TESTIGO	
NOMBRE	Idnera Amarez	NOMBRE	
CC.	1.018.431.389	CC.	
CARGO	Profesional de A.	CARGO	
PROFESION	Ing. Ambiental y Sanitaria	PROFESION	
FIRMA		FIRMA	