

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

ACTA No. 011

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

MUNICIPIO: <u>Problanco</u>	FECHA: <u>Feb. 20 - 2018</u>
RAZON SOCIAL: <u>Fonores San Gabriel</u>	NIT: <u>142351115-4</u>
Representante Legal: <u>Elcario Camacho Rueda</u>	C.C. <u>14231115</u>
Dirección: <u>Cra. 5 No. 2-44</u>	Teléfono: <u>3118099822</u>
Certificado de Uso cumple : Si ☐ No ☐ <u>NO</u>	Fecha Expedición:
Matricula Cámara y Comercio N°. <u>54401</u>	Fecha <u>2017</u>
Naturaleza Jurídica de la institución: PUBLICA ☐ PRIVADA ☒ MIXTA ☐	
Actividad Económica: <u>Sala de Operación</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.	2	
2. Los pisos, techos y paredes presentan adecuado mantenimiento y limpieza.	2	
3. Las condiciones de aireación e iluminación de las áreas, tanto naturales como artificiales son adecuadas.	2	
4. El establecimiento cuenta con abastecimiento de agua, tanques de almacenamiento dotados de tapa y suficiente plumilla de suministro.	2	
5. El piso del área de exposición presenta pendiente suficiente hacia el desagüe de recolección de aguas cuando se realice el aseo del mismo.	2	
6. La institución cuenta con señalización adecuada y acorde a las normas?	0	
7. La institución cuenta con servicios sanitarios separados por géneros y en buen estado de limpieza y aseo.	2	
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.	1	Organizar elementos y productos
9. Se realiza control de plagas?	NO	
10. Nombre de la empresa autorizada por la SST.	N.O	

4. MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

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

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.A.	
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.A.	
11. El almacenamiento central se encuentra aislado de las áreas de prestación de servicios.	N.A.	
12. El almacenamiento central presenta condiciones sanitarias adecuadas como pisos, paredes y techos y presenta un adecuado mantenimiento y limpieza.	N.A.	
13. Se diligencia correcta y oportunamente el formato Rh1 y el RHPS.	N.A.	
14. El establecimiento calcula los indicadores de gestión interna.	N.A.	
15. Cuenta con contrato con empresa de Servicio Especial de Aseo.	N.A.	
16. Presenta manifiesto de transporte.	N.A.	
17. Ha presentado los informes a las autoridades ambientales y sanitarias en las épocas correspondientes?	N.A.	
18. Realiza auditoría interna para verificar el correcto funcionamiento del plan?	N.A.	
19. Realiza auditoría externa al operador del servicio de recolección y disposición final para verificar la correcta disposición final de los residuos?	N.A.	

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?	0	
2. Tiene cronograma de actividades actualizado anualmente?	0	
3. Tiene establecidos protocolos de bioseguridad para el manejo de accidentes de trabajo?	0	
4. El establecimiento cuenta con botiquín de primeros auxilios dotado.	0	
5. Existen extintores de incendios, debidamente señalizados y con fecha vigente de carga.	0	
6. El establecimiento cuenta con plan de emergencias, brigadas y actividades de emergencia.	0	
7. Está conformado el COPASST y/o Vigía Ocupacional.	0	
8. Tiene Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial actualizado, publicado y de conocimiento de los empleados.	0	
9. Cuenta con matriz de peligro actualizado.	0	
10. La institución cuenta con las historias clínicas ocupacionales de personal que labora en la institución y sus respectivos exámenes y valoraciones periódicas?	0	

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



/					

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)	DESFAVORABLE	No admite exigencias, se procede a aplicar medidas sanitarias

Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de 30 días, contados a partir del día 20 del mes de Febrero del 2018, que vence el día 30 del mes Marzo del 2018. De acuerdo a la Ley 9 de 1979 y sus reglamentarios.

ACCIÓN DE LA VISITA

(AEC)	SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO	Condicional al cumplimiento de las recomendaciones dejadas en la presente acta y que no pongan en riesgo la salud pública del establecimiento
-------	-----------------------------------	---

APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIAS (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	Retención o el depósito en custodia de objetos
	(CG) Congelación	Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas
	(DS) Destrucción y Desnaturalización	

Para constancia, previa lectura y ratificación del Concepto de la presente acta, firman los funcionarios y personas que atendieron la visita hoy 20 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	<u>Angela María Contreras</u>	NOMBRE	<u>Elmerio Carrasco Heredia</u>
CC.	<u>65'800665</u>	CC.	<u>14 235 155</u>
CARGO	<u>Prof. de Apoyo</u>	CARGO	<u>Representante Legal</u>
PROFESION	<u>Prof. en S.O.</u>	PROFESION	<u>Elmerio Carrasco Heredia</u>
FIRMA	<u>Angela</u>	FIRMA	<u>Elmerio Carrasco Heredia</u>
FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA		TESTIGO	
NOMBRE	<u>Claudia Lorena Alvarez</u>	NOMBRE	
CC.	<u>1018431389</u>	CC.	
CARGO	<u>Profesional de Apoyo</u>	CARGO	
PROFESION	<u>Ing. Ambiental y Sanitaria</u>	PROFESION	
FIRMA	<u>Claudia</u>	FIRMA	