

Subred: SUR Occidente C.E. Número de Inscripción: 1900091858  
Unidad de Servicios de Salud: Barrio de Rosa Número de Carpeta: BU.96

### 1. CÉDULA ESTABLECIMIENTO

1.1 Razón social: DOMINGUEZ GARCIA SAS.  
1.2 Nombre del establecimiento: DOMINGUEZ GARCIA SAS.  
1.3 NIT: 83042755-3. 1.4 Sede: No tiene.  
1.5 Dirección: W 61 96A 23. 1.6 Localidad: Barrios Unidos  
1.7 UPZ: 21 LOS ANDES. 1.8 Teléfono 1: 5338750 1.9 Teléfono 2: 3158270695.  
1.10 Barrio: LOS ANDES. 1.11 Correo electrónico: adominguezcardominiguez@dominguezgarcia.com.co.  
1.12 Nombre propietario: DOMINGUEZ GARCIA SAS.  
1.13 Tipo de documento: C. C.  C. E.  NIT.  1.14 Número documento: 830  
1.15 Nombre representante legal: ANA MARIA DEL PILAR DOMINGUEZ GARCIA  
1.16 Tipo de documento: C. C.  C. E.  1.17 Número documento: 66954719.  
1.18 Persona que atiende la visita: ANA MARIA DOMINGUEZ 1.19 Cargo: Representante Legal.  
1.20 Tipo de documento: C. C.  C. E.  1.21 Número documento: 66954719.  
1.22 Dirección de notificación: W 61 96A 23.  
1.23 Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI  NO   
1.24 Número matrícula mercantil del establecimiento: 00853259.  
1.25 La matrícula mercantil del establecimiento está actualizada: SI  NO  limpieza y desinfección  
1.26 Línea de intervención: Operaciones básicas 1.27 Tipo de establecimiento: DE TANQUES DE AGUA COMIDE.  
1.28 Intervención: Operaciones de vigilancia intensificada operativas - Limpieza y desinfección de tanques.  
1.29 Número de trabajadores: 6. 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>03</u>	<u>10</u>	<u>2019</u>	<u>AVULSABLE.</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	(VO) Visita de oficio
Visita 2						(NC) Notificación comunitaria
Visita 3						(AB) Asociada a brote <u>0178592</u>
Visita 4						(SI) Solicitud del interesado Rad. <u>22-08-19.</u>
						(SO) Solicitud oficial Rad. _____

### 2. INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Aspecto a verificar	Hallazgos
2.1 Número de trabajadores administrativos (Hombres).	<u>1</u>
2.2 Número de trabajadores administrativos (Mujeres).	<u>3</u>
2.3 Número de trabajadores operativos (Hombres).	<u>2</u> <u>CONJUNTO A TERCERNO ENDE</u>
2.4 Número de trabajadores operativos (Mujeres).	<u>0</u> <u>FINIDO</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

Aspecto a verificar	Cumplimiento	Hallazgos
3.1 Pisos.	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	

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



**Continuación 3. CONDICIONES LOCATIVAS Y DE ALMACENAMIENTO** 1858

Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
3.2 Paredes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
3.3 Techos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.4 Escaleras, pasamanos en escaleras, rampas y vías de acceso.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.5 Ventilación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6 Iluminación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.7 Temperatura.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.8 Separación física de almacenamiento entre actividades económicas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.9 Las áreas administrativas se encuentran aisladas del área de almacenamiento de sustancias químicas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.10 Concepto uso del suelo.	<del>SI</del> <del>NO</del>		No aplica.		
3.11 Área de almacenamiento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**4. CONDICIONES DE SEGURIDAD**

Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
4.1 Ubicación y distribución de maquinaria y equipos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
4.2 Mantenimiento periódico de equipos y calibración.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**4.3 CLASE DE EQUIPOS UTILIZADOS**

EQUIPO	NÚMERO DE EQUIPOS	MARCA	ESTADO	FECHA DE ÚLTIMO MANTENIMIENTO
<del>hidrocloruro</del>	1	Amavivi	Buena	24-09-19
<del>Apersol</del>	1	ETCO	Buena	24-09-19

Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
4.4 Protocolo de procedimientos avalados según el perfil específico.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
4.5 Formato de reporte de entrega a usuarios o formato de diagnóstico.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.6 Sistema contra incendio e inscripción ante bomberos local.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.7 Elementos de protección personal y registro de entrega.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8 Sistema eléctrico / protección.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
4.9 Señalización de las áreas y publicación alusiva a espacios libres de humo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.10 Ubicación y dotación adecuada de botiquín de primeros auxilios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
	<b>Plaguicidas</b> (se califica en caso de que aplique para la actividad)				
4.11 Poliza de Responsabilidad Civil.	<del>SI</del>	<del>NO</del>			<i>No aplica.</i>
4.12 Educación sanitaria a la comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.13 Se cuenta con asesoría técnica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.14 La asesoría se encuentra respaldada por un contrato laboral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.15 El asistente técnico se encuentra inscrito ante la entidad de salud competente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.16 El asistente técnico presenta informe trimestral a la entidad de salud competente.	<del>SI</del>	<del>NO</del>			<i>No aplica.</i>
4.17 La empresa cuenta con archivo de facturas de la compra de productos plaguicidas	Fecha de último reporte:				<i>No aplica.</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.18 Almacenamiento de insumos según compatibilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 5. CONDICIONES SANITARIAS

Aspecto a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
5.1 Abastecimiento y almacenamiento de agua.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2 Drenajes: cajas, canales, sifones.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.3 Servicios sanitarios con batería sanitaria completa y ducha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.4 Vestier y locker de doble compartimiento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.5 Orden y limpieza.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.6 Prácticas de almacenamiento seguras de residuos sólidos ordinarios.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.7 Prácticas de almacenamiento seguras residuos sólidos y líquidos peligrosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.8 Disposición de residuos sólidos y líquidos peligrosos con empresa gestora autorizada.	<del>SI</del>	<del>NO</del>			
5.9 Presencia de polvos orgánicos e inorgánicos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.10 Presencia de olores, gases, humos, otros.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.11 Manejo integrado de vectores.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspecto a verificar	Cumplimiento				
	<b>Plaguicidas</b> (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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.13 Los insumos alimenticios se encuentran separados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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







10.1 Continuación de la descripción de las exigencias:

*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:

CONCEPTO SANITARIO

"FAVORABLE"

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

11.1 Clausura temporal total <input type="checkbox"/>	11.4 Suspensión total de trabajos o servicios <input type="checkbox"/>
11.2 Clausura temporal parcial <input type="checkbox"/>	11.5 Decomiso <input type="checkbox"/>
11.3 Suspensión parcial de trabajos o servicios <input type="checkbox"/>	11.6 Congelación <input type="checkbox"/>

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) 29/10/19, en Bogotá D. C.

**12. FUNCIONARIO DE SALUD (1)**

12.1 Nombre: <u>IVONNA TORRES</u>
12.2 Tipo de documento: <u>C.C.</u>
12.3 Número de documento: <u>77923984</u>
12.4 Cargo: <u>Ingeniero Ambiental</u>
12.5 Firma: <u>[Firma]</u>

**13. FUNCIONARIO DE SALUD (2)**

13.1 Nombre: <u>LIDA FALGALITA BARRERA</u>
13.2 Tipo de documento: <u>CC</u>
13.3 Número de documento: <u>52863052376</u>
13.4 Cargo: <u>Asesor/a</u>
13.5 Firma: <u>[Firma]</u>

**14. PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA**

14.1 Nombre: <u>Ana María Domínguez S.</u>
14.2 Tipo de documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> <u>66954-719</u>
14.3 Número de documento: <u>66954-719</u>
14.4 Cargo: Representante legal <input checked="" type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/>
14.5 Firma: <u>[Firma]</u>

**15. TESTIGO**

15.1 Nombre:
15.2 Tipo de documento:
15.3 Número de documento:
15.4 Firma:

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.

