



**ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD DEL CAQUETA
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS**



CIUDAD	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text" value="dia / mes / año"/>	ACTA N°	<input type="text"/>
TIPO DE ESTABLECIMIENTO					
Hogar Infantil	<input type="checkbox"/>	Institución Educativa	<input type="checkbox"/>	Jardín Infantil	<input type="checkbox"/>
Centros de Desarrollo Infantil	<input type="checkbox"/>	Institución Educativa No Formal	<input type="checkbox"/>	Institución Educativa de Educación Superior	<input type="checkbox"/>
Centro Educativo Rural	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>		
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD	<input type="text" value="SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL"/>				

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

*** CAMPO OBLIGATORIO**

*RAZON SOCIAL	<input type="text"/>				
*NOMBRE COMERCIAL	<input type="text"/>				
*CÉDULA / NIT	<input type="text"/>	MATRICULA MERCANTIL	<input type="text"/>		
*DIRECCIÓN	<input type="text"/>	CODIGO DANE	<input type="text"/>		
*DEPARTAMENTO	<input type="text"/>	*MUNICIPIO	<input type="text"/>		
Barrio	<input type="text"/>	Vereda	<input type="text"/>	Comuna	<input type="text"/>
Sector	<input type="text"/>	Corregimiento	<input type="text"/>	Casero	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	Cuál:	<input type="text"/>		
TELÉFONOS	<input type="text"/>	CORREO ELECTRONICO	<input type="text"/>		
NOMBRE DEL PROPIETARIO/REP LEGAL	<input type="text"/>				
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/>	*Número de documento	<input type="text"/>
*NOMBRE DEL RECTOR O DIRECTOR	<input type="text"/>				
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>		*Número de documento	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>				
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	<input type="text"/>				
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA	<input type="text"/>				
*DEPARTAMENTO	<input type="text"/>	*MUNICIPIO	<input type="text"/>		
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	<input type="text"/>	N° TOTAL DE TRABAJADORES	<input type="text"/>		
N° DE ESTUDIANTES POR JORNADA MAÑANA	HOMBRES <input type="text"/>	MUJERES	<input type="text"/>		
N° DE ESTUDIANTES POR JORNADA TARDE	HOMBRES <input type="text"/>	MUJERES	<input type="text"/>		
N° DE ESTUDIANTES POR JORNADA NOCHE	HOMBRES <input type="text"/>	MUJERES	<input type="text"/>		
N° DE DOCENTES	HOMBRES <input type="text"/>	MUJERES	<input type="text"/>		
NUMERO DE AULAS	<input type="text"/>	NUMERO DE LABORATORIOS	<input type="text"/>	NUMERO DE PATIOS	<input type="text"/>
				NUMERO DE CAFETERIAS O TIENDAS ESCOLARES	<input type="text"/>
CÓDIGO CIU	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	<input type="text"/>		

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	dia / mes / año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS O PENDIENTE		
N° ACTA DE ULTIMA VISITA			DESFAVORABLE		

***MOTIVO DE LA VISITA**

PROGRAMACIÓN	SOLICITUD DEL INTERESADO	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS
SOLICITUD OFICIAL	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	SOLICITUD DE PRACTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.
OTRO	Especifique:	
NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR		

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumple (C)	Quando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Quando el establecimiento cumple con una parte de la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumple (NC)	Quando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores
No Aplica (NA)	Quando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC (para no afectar calificación de los bloques se diligenciará como Cumple (C) y se indicará en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado) Nota:

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)			
Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)			
Si se requiere de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción			
Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)			
Cuenta con hojas de seguridad y matriz de compatibilidad de sustancias químicas(Artículo 102 de la Ley 9 de 1979)(Art 8 ley 55 de 1993)			
Listado de inventario de insumos químicos empleados en el laboratorio de química (estado, cantidad almacenada)			
Listado de inventario de residuos peligrosos (Tipo de residuo, cantidad generada)			

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS Y AREAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento está ubicado en un lugar no inundable y en terreno de fácil drenaje (Art 160, Art 162 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
1.2	El establecimiento está alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, plantas de beneficio, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 162, Art 163 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
1.3	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
1.4	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.5	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		
1.6	Las áreas de circulación deberán estar claramente demarcadas, tener la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y estar provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes, en los corredores internos se cumple con las disposiciones establecidas en el (Art 46 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		
1.7	Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas están diseñados, construidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 de la Ley 9)	3	1.5	0		
1.8	la ventilación natural y/o artificial es permanente y suficiente, con el objeto de evitar la acumulación de olores, gases, condensación de vapores (Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.9	La iluminación natural y artificial es suficiente, adecuada y calidad, para prevenir efectos nocivos en la salud de los trabajadores, estudiantes y para garantizar adecuadas condiciones de visibilidad y seguridad. (Art 196 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.10	El área total de las edificaciones y de las aulas en los establecimientos de enseñanza esta acorde con el número de personas que alberga habitualmente. (Art 91 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
1.11	El mobiliario (sillas, mesas, pupitres, tablero) utilizado por los estudiantes se encuentra en buenas condiciones para su funcionamiento.	3	1.5	0		

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

2. CONDICIONES DE LABORATORIOS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	I	NA	HALLAZGOS
2.1	Las áreas de los laboratorios del establecimiento se encuentran separadas, delimitadas y para uso exclusivo para el desarrollo de las actividades	2	1	0		
2.2	Los pisos, paredes y techos son de materiales sólidos, de fácil limpieza, resistentes a factores ambientales y se encuentran en buen estado. (Art 91 Ley 9 de 1979)(Art 195 Ley 9 de 1979)	1	0.5	0		
2.3	Cuenta con un área para el almacenamiento seguro de sustancias químicas y reactivos utilizados en el laboratorio.(Art 121 Ley 9 de 1979)	1	0.5	0		
2.4	El personal docente y estudiantil cuenta con los elementos de protección personal para la elaboración de las pruebas de laboratorio.(Art 85 y 123 Ley 9 de 1979)	1	0.5	0		
2.5	Cuenta con procedimientos en caso de derrames o accidentes con sustancias químicas (Art 102 Ley 9 de 1979)	1	0.5	0		
2.6	Cuenta con mecanismos de seguridad en caso de emplear gas, energía o utilizar equipos para las pruebas de laboratorio.	1	0.5	0		
2.7	Cuenta con equipos para la extracción de vapores orgánicos e inorgánicos de acuerdo a las pruebas realizadas en los laboratorios	1	0.5	0		
2.8	Cuenta con equipos para la atención de accidentes (ducha lavaojos)	1	0.5	0		
2.9	La señalización de las áreas del laboratorio son acordes a los posibles riesgos y peligros identificados al momento de realizar las pruebas (Art 206 Ley 9 de 1979)	1	0.5	0		

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE La calificación del bloque corresponde al 10 % del total del acta

3. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1	El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento, limpios y en cantidad suficientes para uso de los profesores (inodoros lavamanos y Ducha). Art 50 Resolución 14861 de 1985 (Art 212 Ley 9 de 1979)	5	2.5	0		
3.2	El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento, limpios y en cantidad suficientes para uso de los estudiantes (inodoros y lavamanos). Art 50 Resolución 14861 de 1985 (Art 212 Ley 9 de 1979)	7		0		CR
3.3	El establecimiento cuenta con servicios sanitarios para la población discapacitada cumpliendo con las disposiciones del marco legal (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	0		
3.4	El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones, equipos y mobiliario documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	5	2.5	0		
3.5	El establecimiento dispone de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito.	3	1.5	0		

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE La calificación del bloque corresponde al 25 % del total del acta

4. CONDICIONES DE SANEAMIENTO						
4.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo	2	1	0		<input type="checkbox"/>
4.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	3		0		CR
4.1.3	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo (Art 175 y 176 Ley 9 de 1979)	1	0.5	0		<input type="checkbox"/>
4.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable, debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		<input type="checkbox"/>
4.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio, el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	1	0.5	0		<input type="checkbox"/>
4.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otros sistemas alternativos. (Art 36 Ley 9 de 1979)	2	1	0		<input type="checkbox"/>
4.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable (Art 177 Ley 9 1979)	1	0.5	0		<input type="checkbox"/>
3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.3.1	Cuenta con plan de gestión integral de residuos no peligrosos y peligrosos documentado e implementado, que incluya los biológico infecciosos (si cuenta con laboratorios, anfiteatro, clínicas veterinarias docencia) Decreto 780 de 2016 Título X 351 y Resolución 1164 de 2002	3	1.5	0		<input type="checkbox"/>
4.3.2	Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979)	2	1	0		<input type="checkbox"/>
4.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	1	0.5	0		<input type="checkbox"/>
4.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.4.1	Existe un programa de manejo control integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 79)	2	1	0		<input type="checkbox"/>
4.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación. (Art 168 Ley 09 de 79)	5		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al <u>25</u> % del total del acta	
5. CONDICIONES DE SEGURIDAD- GESTION DEL RIESGO						
ASPECTO A VERIFICAR		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
5.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	2	1	0		<input type="checkbox"/>
5.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		<input type="checkbox"/>
5.3	El establecimiento cuenta con sistemas para la contención de derrames de sustancias químicas en el laboratorio	1	0.5	0		<input type="checkbox"/>
5.4	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	1	0.5	0		<input type="checkbox"/>
5.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 205 Ley 9 de 1979) (Art 52,54 Resolución 14861 de 1985)	1	0.5	0		<input type="checkbox"/>
5.6	Cuenta con área de enfermería para primeros auxilios(Art 214 Ley 9 de 1979)	2	1	0		<input type="checkbox"/>
5.7	Existe botiquín completo de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)	1	0.5	0		<input type="checkbox"/>
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al <u>10</u> % del total del acta	
II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)						
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO				
0.0	FAVORABLE	95%-100%			En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.	
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%				
	DESFAVORABLE	< 49,9%				
III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO						
NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS						
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS						

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte de Establecimiento:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI_ NO__

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clausura temporal total | <input type="checkbox"/> Decomiso | <input type="checkbox"/> Vacunación personas o animales |
| <input type="checkbox"/> Clausura temporal parcial | <input type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización | <input type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización |
| <input type="checkbox"/> Suspensión parcial de trabajos o servicios | <input type="checkbox"/> Congelación | <input type="checkbox"/> Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades |
| <input type="checkbox"/> Suspensión total de trabajos o servicios | <input type="checkbox"/> Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles | <input type="checkbox"/> Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades | | |

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HABLES PLAZO	<input style="width: 600px;" type="text"/>
FECHA INICIO PLAZO	<input style="width: 600px;" type="text"/>
FECHA LIMITE DE PLAZO	<input style="width: 600px;" type="text"/>

IX. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

FIRMA:	<input style="width: 150px;" type="text"/>	FIRMA:	<input style="width: 150px;" type="text"/>
NOMBRE:	<input style="width: 150px;" type="text"/>	NOMBRE:	<input style="width: 150px;" type="text"/>
CÉDULA:	<input style="width: 150px;" type="text"/>	CÉDULA:	<input style="width: 150px;" type="text"/>
CARGO:	<input style="width: 150px;" type="text"/>	CARGO:	<input style="width: 150px;" type="text"/>
INSTITUCIÓN:	<input style="width: 150px;" type="text"/>	INSTITUCIÓN:	<input style="width: 150px;" type="text"/>

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	<input style="width: 150px;" type="text"/>	FIRMA:	<input style="width: 150px;" type="text"/>
NOMBRE:	<input style="width: 150px;" type="text"/>	NOMBRE:	<input style="width: 150px;" type="text"/>
CÉDULA:	<input style="width: 150px;" type="text"/>	CÉDULA:	<input style="width: 150px;" type="text"/>
INSTITUCIÓN:	<input style="width: 150px;" type="text"/>	INSTITUCIÓN:	<input style="width: 150px;" type="text"/>
CARGO:	<input style="width: 150px;" type="text"/>	CARGO:	<input style="width: 150px;" type="text"/>