

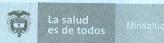
## ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD DE FUNZA ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO



|   |  | The state of the s | A COLUMN TO SERVICE AND ADDRESS OF THE PARTY | The state of the s |  |
|---|--|--|--|--|--|
| CIUDAD TO MAN   | FECHA  | 12 Par Ittes   | 12/20 · 1 /  | N°ACTA   | 1227   |
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO   | The state of the s |  |  | NACIA  | TCCI   |
|   |  |  |  |  | Landana  |
| Establecimiento Comercial   | Establecimientos de Espectáculo Público  |  | Establecimientos de [  | Diversión Pública  | rogishou.  |
| ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD  | coretoma de la   | UD FINT  |  |  |  |
|   | IDENTIFICACIÓN I   | EL ESTABLECIM  | IIENTO   |  |  |
| * CAMPO OBLIGATORIO   |  |  |  |  | - A  |
| *RAZON SOCIAL ON TOS  | + SO TIMEDI.   |  |  |  |  |
| *CÉDULA/NIT   | 336-U.   |  |  |  |  |
| *NOMBRE COMERCIAL   | F (Cl.   |  |  |  |  |
| NOMBRE COMERCIAL  |  |  |  | T  |  |
| *DIRECCIÓN  | which are 130 99   | M  | IATRICULA MERCAN   | TIL 61702.   |  |
| *DEPARTAMENTO CONGINGIMO  | rca .  |  | *MUNICIF   | TIMOL.   |  |
| Barrio DT ( N ) Vereda  |  |  |  | Localidad  |  |
| 12 010  | 19 1519  |  |  |  |  |
| Sector Corregi  | miento Caserio   |  |  | UPZ  | The William Mark   |
| Otro Cuál:  |  |  |  | 2 - Total  |  |
| TELÉFONOS   |  | CORREO E   | LECTRONICO 👌   | irectortecnic  | a BlandFast Not.   |
| CORREO ELECTRÓNICO  | eanich alandfrist  | net.   |  |  |  |
| Officion  | earles Giardiast.  | re.  |  |  |  |
| NOMBRE DEL PROPIETARIO  | a rast saturtal  |  |  |  |  |
| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACION  | C.C. C.E. NIT  | *Número de docum   | nento 830  | 017536-1   |  |
| *NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL / (   | nez Ivan Ahmea   | 1.   |  |  |  |
| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACION  | C.C. NIT   | *Número de docum   | nento 393  | 93715  |  |
|   | C.C. NIT   | Numero de docum  | lento 495  | 4000.  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO  | techico (9 landita   | st. not  |  |  |  |
| *DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN  | Industrial Costo   | B09  | d  |  |  |
| EL BERDESENTANTE DEL ESTADI ESIMENTO AL   | ITODIZA LA NOTIFICA CIÓN EL ECTRÓNICA.   | , ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,  |  | SI V NO  |  |
| EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AL   | TORIZA LA NOTIFICACION ELECTRONICA:  | a lander   | and not  |  |  |
| DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA   | SIMPON HOLLOW  | @ landro   | 151.10   |  |  |
| *DEPARTAMENTO   | TCU TCU  |  | *MUNICIF   | PIO TOTAL).  |  |
| *HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO  | 4/7.   |  | N° DE TRABAJADOR   | ES 170.  |  |
| N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFE   | SIONALES 130   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
| N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE S   | EGURIDAD SOCIAL 170.   |  |  |  |  |
| CÓDIGO CIUU SI Y NO   | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD   | 1923 - 5   | 5210.  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   | CONCEPTO SANITARIO   | DE ULTIMA VISITA   | SANITARIA  |  |  |
|   | CONCEPTO SANITARIO   | DE ULTIMA VISITA   | SANITARIA  |  | Property of the second of the second   |
| FECHA DE LA ULTIMA INSPECCIÓN  DE A TORRESTA DE LA  |  | FAVORABLE  | SANITARIA  |  |  |
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO   | FAVORABLE CON  | N % D  | E CUMPLIMIENTO   | 015%   |
| ÚLTIMA INSPECCIÓN 223 / 11(5/22   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA   | FAVORABLE  | N % D  | E CUMPLIMIENTO<br>ÚLTIMA INSPECCIÓN  | 91.5%  |
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  1136   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA   | FAVORABLE FAVORABLE CON REQUERIMIENTO:   | I %D   |  | 915%   |
| ÚLTIMA INSPECCIÓN 223 / 11(5/22   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA   | FAVORABLE CON<br>REQUERIMIENTO:<br>DESFAVORABLE  | I %D   |  | 915%   |
| viltima inspección  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  1136  | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA   | FAVORABLE FAVORABLE CON REQUERIMIENTO:   | I %D   | ÚLTIMA INSPECCIÓN  |  |
| ÚLTIMA INSPECCIÓN  Nº ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN  PROGRAMACIÓN   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO SOLICITUD DEL INTERESADO   | FAVORABLE CON<br>REQUERIMIENTO:<br>DESFAVORABLE  | I %D   | ÚLTIMA INSPECCIÓN<br>ASOCIADA A PET  | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS   |
| viltima inspección  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA   | FAVORABLE CON<br>REQUERIMIENTO:<br>DESFAVORABLE  | I %D   | ÜLTIMA INSPECCIÓN  ASOCIADA A PET SOLICIT  |  |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO  Especifique:  | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  | N % D DE LA U  | OLTIMA INSPECCIÓN  ASOCIADA A PET  SOLICIT PROCI   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS<br>TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/<br>ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO  Especifique:  | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTO:  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIA  | N % D DE LA U  | ÜLTIMA INSPECCIÓN  ASOCIADA A PET SOLICIT  | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS<br>TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/<br>ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO ESPECIFIQUE:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  CRITERIOS   | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTO:  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIA  DE EVALUACIÓN   | DO PQR 2022  | ASOCIADA A PET SOLICII PROCE   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS<br>TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/<br>ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento ( C )  | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  "MOTIVO  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d  | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIA  DE EVALUACIÓN elos requisitos descri  | DO PQR 2022  | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 0 16 2 9  condición sanitaria a evaluar   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C)  Cumplimiento parcial (CP)   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO SOLICITUD DEL INTERESADO EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d Cuando el establecimiento no cumple con la tota   | FAVORABLE  FAVORABLE  CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIAL  DE EVALUACIÓN  e los requisitos descuidad de los requisitos   | DO POR 2022  pritos para el aspecto cos descritos para el as   | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 0 1 6 2 9  condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a e   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  1 (   |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C)  Cumplimiento parcial (CP)  No cumplimiento (NC)   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d  Cuando el establecimiento no cumple con la tota  Cuando el establecimiento no cumple ninguno d  | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIA  DE EVALUACIÓN el los requisitos descellidad de los requisitos de los requis | DO PQR 2022  rritos para el aspecto cos descritos para el aspecto  | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  2 0 0 0 1 6 2 9  condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a evaluar o condición sanitaria a evaluar  | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar  |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C)  Cumplimiento parcial (CP)   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO SOLICITUD DEL INTERESADO EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad de Cuando el establecimiento no cumple con la tota Cuando el establecimiento no cumple ninguno co La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl Sanitaria de Seguridad que impida que el estable  | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIA  DE EVALUACIÓN  to los requisitos desce didad de los requisitos descentes de la specto de la specto de cimiento continúe s   | DO POR 2022  critos para el aspecto cos descritos para el aspecto de cos descritos para el aspecto de verificar sea considera funcionamiento en cos descritos para el aspecto de verificar sea considera funcionamiento en c   | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 0 16 2 9  condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a e o condición sanitaria a evaluar erado un riesgo inminente para   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS  TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar  a evaluar  a la salud pública y deba aplicar Medida                            |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C)  Cumplimiento parcial (CP)  No cumplimiento (NC)   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad de Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de Cuando el establecimiento no cumple ninguno de La casilla "CR" corresponde cuando el incumple La casilla "CR" corresponde cuando el incumple  | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIAL  DE EVALUACIÓN  DE IOS requisitos desocial  dad de los requisitos del aspecto  serimiento del aspecto  serimiento continúe s  actividad realizada   | DO POR 2022  ritios para el aspecto cos descritos para el aspecto a verificar sea consides u funcionamiento en copor el objeto de IVC  | ASOCIADA A PET SOLICIO PROCI  2 CONDICIÓN 2 CONDICIÓN SANITARIA A EVALUAR A PETENTIA DE CONTROLO SANITARIA DE CO | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida  Nota:                        |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C)  Cumplimiento parcial (CP)  No cumplimiento (NC)  Crítico (CR)   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d  Cuando el establecimiento no cumple con la tota  Cuando el establecimiento no cumple ninguno d  La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl  Sanitaria de Seguridad que impida que el establ  Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la  (para no afectar calificación de los bloques se d  establecimiento vigilado y controlado)  | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTO:  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIA  DE EVALUACIÓN  el os requisitos desocilidad de los requisitos delso requisitos desocimiento del aspecto continúe se actividad realizada ligenciara como Curi  | DO POR 2022  ritios para el aspecto cos descritos para el aspecto a verificar sea consides u funcionamiento en copor el objeto de IVC  | ASOCIADA A PET SOLICIO PROCI  2 CONDICIÓN 2 CONDICIÓN SANITARIA A EVALUAR A PETENTIA DE CONTROLO SANITARIA DE CO | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida  Nota:                        |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C)  Cumplimiento parcial (CP)  No cumplimiento (NC)  Crítico (CR)   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d  Cuando el establecimiento no cumple con la tota  Cuando el establecimiento no cumple ninguno d  La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl  Sanitaria de Seguridad que impida que el establ  Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la  (para no afectar calificación de los bloques se d  establecimiento vigilado y controlado)  | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIAL  DE EVALUACIÓN  DE IOS requisitos desocial  dad de los requisitos del aspecto  serimiento del aspecto  serimiento continúe s  actividad realizada   | DO POR 2022  ritios para el aspecto cos descritos para el aspecto a verificar sea consides u funcionamiento en copor el objeto de IVC  | ASOCIADA A PET SOLICIO PROCI  2 CONDICIÓN 2 CONDICIÓN SANITARIA A EVALUAR A PETENTIA DE CONTROLO SANITARIA DE CO | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida  Nota:                        |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique: NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C) Cumplimiento parcial (CP) No cumplimiento (NC) Crítico (CR)  No Aplica (NA)   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  "MOTIVO  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d  Cuando el establecimiento no cumple con la tota  Cuando el establecimiento no cumple ninguno d  La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl  Sanitaria de Seguridad que impida que el establ  Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la  (para no afectar calificación de los bloques se d  establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN   | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIAL  DE EVALUACIÓN  e los requisitos descubidad de los requisitos des continento continúe se actividad realizada ligenciara como Cur  DOCUMENTAL  | DO POR 2022  ritios para el aspecto cos descritos para el aspecto a verificar sea consides u funcionamiento en copor el objeto de IVC  | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 1 6 2 9  o condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a evaluar erado un riesgo imminente para ondiciones normales en hallazgos las razones por que   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida Nota: gue "no aplica" para el |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C)  Cumplimiento parcial (CP)  No cumplimiento (NC)  Crítico (CR)   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  "MOTIVO  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d  Cuando el establecimiento no cumple con la tota  Cuando el establecimiento no cumple ninguno d  La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl  Sanitaria de Seguridad que impida que el establ  Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la  (para no afectar calificación de los bloques se d  establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN   | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIAL  DE EVALUACIÓN  e los requisitos descubidad de los requisitos des continento continúe se actividad realizada ligenciara como Cur  DOCUMENTAL  | DO POR 2022  pritos para el aspecto cos descritos para el aspecto a verificar sea considera funcionamiento en copor el objeto de IVC mple (C) y se indicara  | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 1 6 2 9  o condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a evaluar erado un riesgo imminente para ondiciones normales en hallazgos las razones por que   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida  Nota:                        |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C) Cumplimiento parcial (CP) No cumplimiento (NC) Crítico (CR)  No Aplica (NA)  DOCUMEN  DOCUMEN  | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO SOLICITUD DEL INTERESADO EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad de Cuando el establecimiento no cumple con la tot. Cuando el establecimiento no cumple ninguno co La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl Sanitaria de Seguridad que impida que el estable Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la (para no afectar calificación de los bloques se de establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN   | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIA  DE EVALUACIÓN  e los requisitos desoc idad de los requisitos desoc miento del aspecto actividad realizada ligenciara como Cui  DOCUMENTAL   | DO POR 2022  critos para el aspecto do so descritos para el aspecto a verificar sea consides funcionamiento en copor el objeto de IVC mple (C) y se indicara   | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 1 6 2 9  o condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a evaluar erado un riesgo imminente para ondiciones normales en hallazgos las razones por que   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida Nota: gue "no aplica" para el |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique: NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C) Cumplimiento parcial (CP) No cumplimiento (NC) Crítico (CR)  No Aplica (NA)  DOCUMERO Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad de Cuando el establecimiento no cumple con la tota Cuando el establecimiento no cumple ninguno o La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl Sanitaria de Seguridad que impida que el estable Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la (para no afectar calificación de los bloques se d establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN  NTOS  | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIA  DE EVALUACIÓN  e los requisitos desoc idad de los requisitos desoc miento del aspecto actividad realizada ligenciara como Cui  DOCUMENTAL   | DO POR 2022  critos para el aspecto do so descritos para el aspecto a verificar sea consides funcionamiento en copor el objeto de IVC mple (C) y se indicara   | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 1 6 2 9  o condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a evaluar erado un riesgo imminente para ondiciones normales en hallazgos las razones por que   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida Nota: gue "no aplica" para el |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique: NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C) Cumplimiento parcial (CP) No cumplimiento (NC) Crítico (CR) No Aplica (NA)  DOCUMEN  Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo Ministerio de Trabajo)  Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir n   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  "MOTIVO SOLICITUD DEL INTERESADO EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d Cuando el establecimiento no cumple con la tota Cuando el establecimiento no cumple ninguno d La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl Sanitaria de Seguridad que impida que el estab Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la (para no afectar calificación de los bloques se d establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN  NTOS  o (en caso de no contar notificar a dirección territorial otificar a autoridad ambiental)   | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIA  DE EVALUACIÓN  e los requisitos desoc idad de los requisitos desoc miento del aspecto actividad realizada ligenciara como Cui  DOCUMENTAL   | DO PQR 2022  critos para el aspecto cos descritos para el aspecto a verificar sea consideu funcionamiento en comple (C) y se indicara  JMENTADO  NO  | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 1 6 2 9  o condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a evaluar erado un riesgo imminente para ondiciones normales en hallazgos las razones por que   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida Nota: gue "no aplica" para el |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique: NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C) Cumplimiento parcial (CP) No cumplimiento (NC) Crítico (CR)  No Aplica (NA)  DOCUMERO Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  "MOTIVO SOLICITUD DEL INTERESADO EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d Cuando el establecimiento no cumple con la tota Cuando el establecimiento no cumple ninguno d La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl Sanitaria de Seguridad que impida que el estab Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la (para no afectar calificación de los bloques se d establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN  NTOS  o (en caso de no contar notificar a dirección territorial otificar a autoridad ambiental)   | FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIA  DE EVALUACIÓN  e los requisitos desoc idad de los requisitos desoc miento del aspecto actividad realizada ligenciara como Cui  DOCUMENTAL   | DO POR 2022  critos para el aspecto do so descritos para el aspecto a verificar sea consides funcionamiento en copor el objeto de IVC mple (C) y se indicara   | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 1 6 2 9  o condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a evaluar erado un riesgo imminente para ondiciones normales en hallazgos las razones por que   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida Nota: gue "no aplica" para el |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C) Cumplimiento parcial (CP) No cumplimiento (NC) Crítico (CR)  No Aplica (NA)  DOCUMEN  Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo de ministerio de Trabajo)  Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir no de control, la empresa en caso de requerir de medidas de control, la empresa en caso de requerir de medidas de control, la empresa  | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d Cuando el establecimiento no cumple cin la tota Cuando el establecimiento no cumple ninguno o La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl Sanitaria de Seguridad que impida que el establ Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la (para no afectar calificación de los bloques se d establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN  NTOS  o (en caso de no contar notificar a dirección territorial otificar a autoridad ambiental)  a autoridad ambiental)  contratada para ejecutar el programa de control de   | FAVORABLE  FAVORABLE  FAVORABLE  CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIAL  DE EVALUACIÓN  E los requisitos desculidad de los requisitos del aspecto scimiento continúe s actividad realizada ligenciara como Cul  DOCUMENTAL  DOCUMENTAL  DOCUMENTAL  | DO PQR 2022  critos para el aspecto cos descritos para el aspecto a verificar sea consideu funcionamiento en comple (C) y se indicara  JMENTADO  NO  | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 1 6 2 9  o condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a evaluar erado un riesgo imminente para ondiciones normales en hallazgos las razones por que   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida Nota: gue "no aplica" para el |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C) Cumplimiento parcial (CP) No cumplimiento (NC) Crítico (CR)  No Aplica (NA)  DOCUMEN  DOCUMEN  DOCUMEN  Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir no remiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a  | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d Cuando el establecimiento no cumple cin la tota Cuando el establecimiento no cumple ninguno o La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl Sanitaria de Seguridad que impida que el establ Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la (para no afectar calificación de los bloques se d establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN  NTOS  o (en caso de no contar notificar a dirección territorial otificar a autoridad ambiental)  a autoridad ambiental)  contratada para ejecutar el programa de control de   | FAVORABLE  FAVORABLE  FAVORABLE  CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIAL  DE EVALUACIÓN  E los requisitos desculidad de los requisitos del aspecto scimiento continúe s actividad realizada ligenciara como Cul  DOCUMENTAL  DOCUMENTAL  DOCUMENTAL  | DO PQR 2022  critos para el aspecto cos descritos para el aspecto a verificar sea consideu funcionamiento en comple (C) y se indicara  JMENTADO  NO  | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 1 6 2 9  o condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a evaluar erado un riesgo imminente para ondiciones normales en hallazgos las razones por que   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida Nota: gue "no aplica" para el |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C) Cumplimiento parcial (CP) No cumplimiento (NC) Crítico (CR)  No Aplica (NA)  DOCUMEN  Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo de ministerio de Trabajo)  Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir no de control, la empresa en caso de requerir de medidas de control, la empresa en caso de requerir de medidas de control, la empresa  | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  *MOTIVO SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d Cuando el establecimiento no cumple cin la tota Cuando el establecimiento no cumple ninguno o La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl Sanitaria de Seguridad que impida que el establ Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la (para no afectar calificación de los bloques se d establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN  NTOS  o (en caso de no contar notificar a dirección territorial otificar a autoridad ambiental)  a autoridad ambiental)  contratada para ejecutar el programa de control de   | FAVORABLE  FAVORABLE  FAVORABLE  CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIAL  DE EVALUACIÓN  el os requisitos desocilidad de los requisitos desocimiento del aspecto ecimiento continúe se actividad realizada ligenciara como Cui  DOCUMENTAL  DOCUMENTAL  DOCUMENTAL   | DO POR 2022  stritos para el aspecto o os descritos para el aspecto a verificar sea considis su funcionamiento en o por el objeto de IVC mple (C) y se indicara  | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 1 6 2 9  o condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a evaluar erado un riesgo imminente para ondiciones normales en hallazgos las razones por que   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida Nota: gue "no aplica" para el |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C) Cumplimiento parcial (CP) No cumplimiento (NC) Crítico (CR)  No Aplica (NA)  DOCUMEN  Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo de ministerio de Trabajo)  Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir no de control, la empresa en caso de requerir de medidas de control, la empresa en caso de requerir de medidas de control, la empresa  | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  "MOTIVO"  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d  Cuando el establecimiento no cumple con la tota  Cuando el establecimiento no cumple el incumpl  Sanitaria de Seguridad que impida que el establ  Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la  (para no afectar calificación de los bloques se d  establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN  NTOS  D (en caso de no contar notificar a dirección territorial  autoridad ambiental)  contratada para ejecutar el programa de control de  do por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción  I. CONDICIONES LOCATIVA  | FAVORABLE  FAVORABLE  FAVORABLE  CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  ERESADO O ASOCIAL  DE EVALUACIÓN  el os requisitos desocilidad de los requisitos desocimiento del aspecto ecimiento continúe se actividad realizada ligenciara como Cui  DOCUMENTAL  DOCUMENTAL  DOCUMENTAL   | DO POR 2022  stritos para el aspecto o os descritos para el aspecto a verificar sea considis su funcionamiento en o por el objeto de IVC mple (C) y se indicara  | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 1 6 2 9  o condición sanitaria a evaluar specto o condición sanitaria a evaluar erado un riesgo imminente para ondiciones normales en hallazgos las razones por que   | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida Nota: gue "no aplica" para el |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C) Cumplimiento parcial (CP) No cumplimiento (NC) Crítico (CR)  No Aplica (NA)  DOCUMEN  Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo de ministerio de Trabajo)  Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir no Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedic   | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  "MOTIVO"  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d  Cuando el establecimiento no cumple con la tota  Cuando el establecimiento no cumple el incumpl  Sanitaria de Seguridad que impida que el establ  Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la  (para no afectar calificación de los bloques se d  establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN  NTOS  D (en caso de no contar notificar a dirección territorial  autoridad ambiental)  contratada para ejecutar el programa de control de  do por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción  I. CONDICIONES LOCATIVA  | FAVORABLE  FAVORABLE  FAVORABLE  CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  DE EVALUACIÓN  DE IOS requisitos descubidad de los requisitos des actividad realizada ligenciara como Culto Comiento continúe so actividad realizada ligenciara como Culto Controles SI  DOCUMENTAL  DOCU | DO POR 2022  stritos para el aspecto o os descritos para el aspecto a verificar sea considis su funcionamiento en o por el objeto de IVC mple (C) y se indicara  | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 0 16 2 9  o condición sanitaria a evaluar expecto o condición sanitaria evaluar expecto o condición sanitaria evaluar expecto o condición sanitaria evaluar expecto o con | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  Valuar a evaluar a la salud pública y deba aplicar Medida Nota: gue "no aplica" para el |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique:  NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C) Cumplimiento parcial (CP) No cumplimiento (NC) Crítico (CR)  No Aplica (NA)  DOCUMERO  Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo de ministerio de Trabajo)  Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir no Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar as plagas cuenta con concepto sanitario favorable expediente esta ubicado en terreno de El establecimiento esta ubicado en terreno de El establecimiento esta ubicado en terreno de | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  "MOTIVO"  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad d  Cuando el establecimiento no cumple con la tota  Cuando el establecimiento no cumple ininguno o  La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl  Sanitaria de Seguridad que impida que el establ  Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la  (para no afectar calificación de los bloques se d  establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN  NTOS  O (en caso de no contar notificar a dirección territorial  totificar a autoridad ambiental)  contratada para ejecutar el programa de control de  do por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción  I. CONDICIONES LOCATIVA  1. CONDICIONES LOCATIVA  2. facil drenaje, alejado de botaderos de basura, agu   | FAVORABLE  FAVORABLE  FAVORABLE  CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  DE LA VISITA  DE EVALUACIÓN  DE los requisitos descentianes de la special del aspecto continúe se actividad realizada ligenciara como Culto Culto Continúes Se actividad realizada ligenciara como Culto Culto Continúes Se actividad realizada ligenciara como Culto | DO POR 2022  rritos para el aspecto o cos descritos para el aspecto de sorticos para el aspecto de vertificar sea considio su funcionamiento en copor el objeto de IVC mple (C) y se indicara  JMENTADO  NO  | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 0 16 2 9  o condición sanitaria a evaluar expecto o condición sanitaria evaluar expecto o condición sanitaria evaluar expecto o condición sanitaria evaluar expecto o con | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  I (   |
| VILTIMA INSPECCIÓN  N° ACTA DE ULTIMA VISITA  PROGRAMACIÓN SOLICITUD OFICIAL  OTRO Especifique: NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE Q  Cumplimiento (C) Cumplimiento parcial (CP) No cumplimiento (NC) Crítico (CR)  No Aplica (NA)  DOCUMEN  DOCUMEN  DOCUMEN  DOCUMEN  El establecimiento esta ubicado en terreno de estancadas, criaderos de insectos y roedore estancadas, criaderos de insectos y roedore  | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA  "MOTIVO"  SOLICITUD DEL INTERESADO  EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA  UE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INT  CRITERIOS  Cuando el establecimiento cumple la totalidad de Cuando el establecimiento no cumple con la tota Cuando el establecimiento no cumple ninguno o La casilla "CR" corresponde cuando el incumpl Sanitaria de Seguridad que impida que el estable Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la (para no afectar calificación de los bloques se de establecimiento vigilado y controlado)  REVISIÓN  NTOS  o (en caso de no contar notificar a dirección territorial cuitificar a autoridad ambiental)  contratada para ejecutar el programa de control de do por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción  I. CONDICIONES LOCATIVA  1. CONDICIONES LOCATIVA | FAVORABLE  FAVORABLE  FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS  DESFAVORABLE  DE LA VISITA  DE EVALUACIÓN  De los requisitos descendidad de los requisitos descendidad de los requisitos descendidad realizada ligenciara como Cur  DOCUMENTAL  DOCUMENTAL  SI  DIES LOCATIVAS  C C  DOS REGUESTOS DE CONTRA DE CONT | DO POR 2022  rritos para el aspecto o cos descritos para el aspecto de sorticos para el aspecto de vertificar sea considio su funcionamiento en copor el objeto de IVC mple (C) y se indicara  JMENTADO  NO  | ASOCIADA A PET SOLICIT PROCE  12 0 0 0 16 2 9  o condición sanitaria a evaluar expecto o condición sanitaria evaluar expecto o condición sanitaria evaluar expecto o condición sanitaria evaluar expecto o con | ICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS TUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ ESOS SANCIONATORIOS ADMIN.  I (   |

|     | 1.2   | Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acces (Art 40 Resolución 14861 de 1985)   | 0 4      | 2         | 0     |    | 1227_  |
|-----|-------|--|----------|-----------|-------|----|--|
|     | 1.3   | En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuida para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)  | a, d     | 2         | 0     |    | *  |
|     | 1.4   | En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)  | a 4      | 2         | 0     |    |  |
|     | 1.5   | Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 Ley 9 de 1979)   | - F      | 1.5       | 0     |    |  |
| -   | 1.6   | Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamamanos y estan revestidas de materia antideslizantes. (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)  | 1 4      | 2         | 0     |    | ampor costagoi.  |
|     | 1.7   | La ventilación es adecuada para el uso.(Art 197 Ley 9 de 1979)   | 3        | 1.5       | 0     |    | 37.3001  |
|     | 1.8   | La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)   | 3        | 1.5       | 0     |    |  |
|     |       | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE  |          |           | 3     | ٥. | La calificación del bloque corresponde al30 % del total del acta |
| -   |       | 2.CONDICIONI ASPECTO A VERIFICAR   | ES SANIT |           |       |    |  |
|     | 2.1   | El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)  | 1        | CP        | 0     | NA | HALLAZGOS  |
|     | 2.2   | El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)  | 6        | 3         | 0     |    | Andrama.   |
| -   | 2.3   | Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.   | 4        | 2         | 0     |    | securdences Rothlador de mada                                    |
|     |       | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE  |          | I.A.      |       | 20 | La calificación del bloque corresponde al20% del total del acta  |
|     |       | 3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA   |          |           |       |    | a dud  |
|     | 3.1.1 | El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo   | C        | СР        | NC    | NA | HALLAZGOS  |
| 3   | 3.1.2 | El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)   | 2        | 1         | 0     |    |  |
| 3   | 3.1.3 | Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)   | 2        | 1         | 0     |    | CR   |
| 3   | 1.1.4 | 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     |    |  |
| 3   | .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)   | 2        | 1         | 0     |    | Se emperad Orthado boc 24th                                      |
|     |       | 3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS   | С        | CP        | NC    | NA | HALLAZGOS  |
| 3   | .2.1  | Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)  | 2        | 1         | 0     | V  |  |
| 3.  | 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  | 2        | 1         | 0     | ×  |  |
|     |       | 3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS   | С        | СР        | NC    | NA | HALLAZGOS  |
| 3.  | 3.1   | Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado.  | 2        | 1         | 0     |    | Rograma de Residuos  |
| 3.  | 3.2   | El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias   | (3)      | 1.5       | 0     |    |  |
| 3.  | 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.   | (2)      | 1         | 0     |    |  |
|     |       | 3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS   | С        | СР        | NC    | NA | HALLAZGOS  |
| 3.4 | 4.1   | Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)  | 2        | ) 1       | 0     |    | secriper cra curograma mercial                                   |
| 3.4 | 1.2   | 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     |    | Cento Kal 21/Nou122 4 Pagran                                     |
|     |       | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE  |          |           | 3     | 0  | CR La calificación del bloque corresponde al30  % del total del  |
|     |       | 4 CONDICIONES DE SEGURID   | D-GEST   | ION DEL I | IESGO |    | actaactrictarder   |
| 4.  | 1     | ASPECTO A VERIFICAR  Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1  | C        | СР        | NC    | NA | Se evidercia Podroma   |
| 4.  | 5     | Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y cossissas a sur la companio de la companio del companio de la companio de la companio del companio de la companio del companio de la companio de la companio del companio de la companio del companio del companio del companio de la companio de la companio de la companio del compani | 4        | 2         | 0     |    | of enjoying todama   |
|     | 5     | inculación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 de 1979) (Art<br>52 Resolución 14861 de 1985)   | (3)      | 1.5       | 0     |    |  |
| 4.  |       | El establecimiento tiene alarma de emergencia. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)   | 2        | 1         | 0     |    |  |
| 4.  | 1     | as escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto lumínica y pasamanos.(Art 48 Resolución 14861 de 1985)  | 3        | 1.5       | 0     |    |  |
| 4.6 | 3     | .a institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente<br>ieñalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)  | 5        | 2.5       | 0     |    |  |
| 4.7 | E     | existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)   | 3        | 1.5       | 0     |    |  |
|     |       | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE  |          |           | 5     | 0. | La calificación del bloque corresponde al20% del total del acta  |

|  |                     |                                      |                            |  |  | A CONTRACTOR OF A STATE OF A STAT |
|--|---------------------|--------------------------------------|----------------------------|--|--|--|
| % DE CUMPLIMIENTO  | 06:15               |                                      |                            | ONDICIONES SANITARIAS  |  | 1227   |
| % DE COMPLIMIENTO  |                     | Seleccione con una equis (X) el cono | ncepto sanitario a emitir. | NIVEL DE CUMPLIMIENTO  | 1  | En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como  |
| 100  | FAVORABLE           |                                      | MARKET LAND                | 95%-100%   |  | "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE,   |
| 100  |                     | CON REQUERIMIENTOS                   |                            | 50%-94%  |  | representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de<br>medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA  |
|  | DESFAVORA           | 4.0                                  |                            | < 49,9%  |  | SANITARIADE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.   |
|  |                     | III. RELACIÓN DI                     | E LAS MUESTRAS 1           | TOMADAS EN EL ESTABLECIMIE   | ENTO   |  |
| NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMAI   | DAS (AGUA)          | 1                                    |                            |  |  |  |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUES  | STRAS               | 3/                                   | 7 - 1 - 1                  |  |  |  |
|  |                     |                                      | IV DECLIEDIMEN             | UTOO DANITADIOS  |  |  |
|  | Se debe aius        | star al astablacimiento a la nev     |                            | NTOS SANITARIOS  |  |  |
| of maline  | Se debe ajus        | star el establecimiento a la nor     | ormatividad sanitaria v    | rigente corrigiendo los hallazgos rec  | gistrados  |  |
| - 10 1 dillo 14  | Mann                | mino al est                          | abyan                      | min do 16  | 15100  | a visita solitana pa.  |
| DOLE OF 19 OK  | Delli               | a cron y a                           | ge e                       | in enope   | an   | ionto do almaranamento   |
| & MOURINA  | INO.                |                                      |                            |  |  |  |
|  |                     |                                      | 30                         |  |  |  |
|  | 1111                |                                      |                            |  |  |  |
|  |                     |                                      |                            |  |  |  |
|  |                     | V V                                  |                            |  |  |  |
|  |                     |                                      |                            |  |  |  |
|  |                     |                                      |                            |  |  |  |
| The state of the s |                     |                                      |                            |  |  |  |
|  |                     |                                      |                            |  |  |  |
|  |                     |                                      |                            |  |  |  |
|  |                     |                                      |                            |  |  |  |
|  | +                   |                                      |                            | <del></del>  | - X-1  |  |
|  |                     |                                      |                            |  |  |  |
|  |                     |                                      | 1 - 1 - 1 - 1              |  |  | The second secon |
|  |                     |                                      |                            | The state of the s |  |  |
|  |                     |                                      |                            |  |  |  |
|  |                     |                                      | V. OBSER                   | VACIONES   |  |  |
| Por parte de la autoridad sanitaria:   |                     |                                      | V. OBOLK                   | VACIONES   |  |  |
| 10   |                     | · \                                  | ٨                          |  |  |  |
| Alma corominato  | COT                 | Medicamo                             | 170/10                     |  |  | Sticker  |
| 7 III Car Car Still & III  |                     | 11101011113                          | 4103)                      |  |  | 760.   |
|  |                     |                                      |                            | 7  |  |  |
|  | 79.0                |                                      | T-7-25F-215                |  |  |  |
| SAME TO SERVICE AND ADDRESS OF THE RESIDENCE OF THE RESID |                     |                                      |                            |  |  |  |
| Por parte de Establecimiento:  |                     |                                      | No.                        |  |  |  |
|  |                     |                                      | 31 3 1 3 1                 | 4 1 2 2 2 2 4  | The Control of the Co |  |
|  |                     |                                      | -1                         | to be an a   | -  |  |
|  | - H                 | To Control of the Control            |                            | - Acres  |  |  |
|  |                     |                                      | 1 1 1 1 1 1                | The state of the s |  |  |
|  |                     | THE PARK STATE                       |                            |  |  |  |
|  |                     |                                      |                            |  |  |  |
|  | VI. INFO            | RMACIÓN DE TIPO MEI                  | DIDA SANITARIA             | DE SEGURIDAD/PREVENT   | TIVA   | SI_ NO/  |
| Clausura temporal total  |                     | Decomiso                             |                            |  |  |  |
|  |                     | Decomise                             |                            |  |  | Vacunación personas o animales   |
| Clausura temporal parcial  |                     | Destrucci                            | ción o desnaturalización   |  |  | Destrucción o desnaturalización  |
| Suspensión parcial de trabajos o servici   | os                  | Congelac                             | ción                       |  |  | Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de   |
| Suspensión total de trabajos o servicios   |                     | Captura                              | y obsorvación de animal    | les seemesheers de esterne de l  |  | enfermedades  Desocupación o desalojamiento de establecimientos o  |
|  |                     |                                      | y observacion de animai    | les sospechosos de enfermedades trans  | nsmisibles   | vivienda   |
| Aislamiento o internación de personas p  | ara evitar la trans | smisión de enfermedades              |                            |  |  |  |
| N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITAF   | RIA                 |                                      | 1. 6                       |  | - 1  |  |
|  |                     | VII. PL                              | AZO CUMPLIMIE              | ENTO DE HALLAZGOS  |  |  |
| DÍAS HABILES PLAZO   | ma d                | - ^                                  |                            |  |  |  |
| FECHA INICIO PLAZO   | 3711155             | EKHEIDO?                             |                            |  |  |  |
| FECHA LIMITE DE PLAZO  | 303                 |                                      |                            |  |  | <u> </u>   |
|  | 0(0.                |                                      |                            |  |  |  |
| Para constancia provis lastura   | ol posts 11         | la propert                           | VII. NOTIFICACI            |  | 2.2  |  |
| Para constancia previa lectura y ratificación d<br>Ciudad de   | ei contenido de     | ia presente acta tirman los fur      | incionarios y personas     | s que intervinieron en la visita, hoy  | 23   | del mes deen la  |
| De la presente acta se deja copia en poder de  | el interesado, re   | presentante legal, responsable       | le del establecimiento     | o quien atendió la visita  |  |  |
|  |                     |                                      |                            |  |  |  |
| NOTA: El acta debe ser notificada dentro de l<br>POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QU  |                     |                                      | s a partir de la realizad  | cion de la visita.   |  | •  |
| MIAA   | - NEALIZAN L        | A VIOLIA                             | FIDA                       |  |  |  |
| FIRMA:   |                     |                                      | FIRMA:                     |  |  |  |
| NOMBRE: NO PINZA   |                     |                                      | NOMBRE:                    |  |  | 어느 제 있는데 없었다면 다 얼마를 했다.  |
| CÉDULA: 014247797  |                     |                                      | CÉDULA:                    | C 19 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10  |  |  |
| CARGO: INC. AMBERTA  | A PARK              | MITHER WILLIAM                       | CARGO:                     |  | 1507   |  |
| INSTITUCIÓN: SECRETARIA DE SALUD DE  | E FUNZA             |                                      | INSTITUCIÓN:               |  |  |  |
| POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO  |                     |                                      | ANOTHOGION:                |  | ALLEY OF   |  |
| FIRMA:   | SIP                 |                                      | EIDMA                      |  |  |  |
| · Market   | 1                   | -1-1                                 | FIRMA:                     |  | a South  |  |
| NOMBRE: NOTTO  | lileuca             | Copicio                              | NOMBRE:                    |  |  |  |
| CÉDULA: 5290323  | 8                   |                                      | CÉDULA:                    |  |  |  |
| INSTITUCIÓN: Land to   | 12                  |                                      | INSTITUCIÓN:               |  |  |  |
| CARGO: Tof toes  | Oni                 |                                      | CARGO:                     |  |  |  |



## ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD DE FUNZA ACTA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA LEY 1335 DE 2009



| OBJETOS DE INSPECCION Y VIGILANCIA SANITARIA  Vivienda Transitoria Carcelarios Diversión Pública Espectáculo Público Educativos  Hospitalarios y Similares Comerciales Transporte de servicio público, oficial y escolar  Puntos de entrada Cuartelarios Terminales portuarios trafico nacional  Establecimientos de Alimentos Otro Cual Ogustion Y VIGILANCIA  RAZON SOCIAL AND TOUR STANDARDO DE INSPECCION Y VIGILANCIA   |          |
|--|----------|
| Industriales   |          |
| Hospitalarios y Similares  Comerciales  Cuartelarios  Transporte de servicio público, oficial y escolar  Puntos de entrada  Cuartelarios  Otro  Cual  IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INSPECCION Y VIGILANCIA  RAZON SOCIAL  RAZON SOCIAL   |          |
| Puntos de entrada  Cuartelarios  Terminales portuarios trafico nacional  Establecimientos de Alimentos  Otro  Cual  IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INSPECCION Y VIGILANCIA  RAZON SOCIAL  RAZON SOCIAL   |          |
| Establecimientos de Alimentos Otro Cual Signatura de Posito de Maria Chambardo de Posito de Maria Chambardo de Posito de Maria Cual India de Posito de Maria Chambardo de Posito de Posi |          |
| Establecimientos de Alimentos Otro Cual LOGISTICO TRANSPIR de Ma  IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INSPECCION Y VIGILANCIA  RAZON SOCIAL LOGISTICO TRANSPIRADO LO PROPERTO DE INSPECCION Y VIGILANCIA  |          |
| RAZON SOCIAL LONG FOLST SQ FLOTO.  | dica     |
|  | <u> </u> |
|  |          |
|  | P. 5     |
| NOMBRE COMERCIAL LIGHT TOCK SQ.  |          |
| DEPARTAMENTO MUNICIPIO TO TO   |          |
| Barrio O Collos Vereda Comuna Localidad  |          |
| Sector Corregimiento Caserio UPZ   | 78       |
| Otro Cuál:   |          |
|  |          |
| TELÉFONOS TELÉFONOS  |          |
|  |          |
| NOMPRE DEL PRODICTARIO   |          |
| 1037 39 11110  |          |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL TO SOME THE STATE OF THE S |          |
| total trivial  |          |
| CORREO ELECTRÓNICO C.C. C.E. NIT Número de documento 39393715  |          |
| 51 PERPENDIANTE DEI POLICIO IN CONTROL IN CO | 1        |
| DIDECCIÓN DE NOTIFICACIÓN EL FOTDONIO.   |          |
| Carboto varios ala otos ins.   |          |
| TANGING YOU  |          |
| IDENTIFICACIÓN DEL TRANSPORTE DE SERVICIO PUBLICO, OFICIAL, ESCOLAR, MIXTO Y PRIVADO.  | cotta .  |
| TIPO DE VEHICULO PUBLICO OFICIAL ESCOLAR MIXTO PRIVADO/PARTICULAR  |          |
| PLACA DEL VEHICULO   | 1        |
| NOMBRE DEL CONDUCTOR   |          |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. Número de documento  TURNO AM LPM HORA   |          |
| MOTIVO DE LA VISITA  |          |
| PROGRAMACIÓN / SOLICITUD DEL INTERESADO ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS   |          |
| SOLICITUD OFICIAL EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/   | 30-1     |
| OTRO Especifique:  |          |
| NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR  | 3,723    |
| EVALUACIÓN   |          |
| CUMPLE Cuando cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar   |          |
| NO CUMPLE Cuando NO cumple con el aspecto a inspeccionar o vigilar   |          |
| NO APLICA  Cuando el aspecto a verificar no corresponde al objeto a vigilar  |          |
| ASPECTOS A INSPECCIONAR Y VIGILAR (Marque con una X)   |          |
| ASPECTOS A VERIFICAR DETALLE CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA DESCRIPCION ACCION A REALIZA   | R        |
| Prohibe el consumo de tabaco y sus derivados en el objeto de IVC incluyendo las áreas de atención al público y áreas de espera tales como terrazas, jardines aleros, parasoles entre otros.  |          |
| establecidas en los artículos 19 y 20 de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la exposición del humo   |          |
| de tabaco.  No puede contar con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados. Ej: ceniceros, fósforos, encendedores, presencia de colillas, entre otros.   |          |
| La señalización contará con la siguiente información: Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y 2. Señalización "Prohibida la venta de productos de tabaco y sus derivados a menores de edad"  La señalización contará con la siguiente información: Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y 2. Señalización "Prohibida la venta de productos de tabaco y sus derivados a menores de edad"  Si no cumple canaliza ALCALDÍA DE LA JURISDICCIÓN  | га       |

|   | La señalización contara con la siguiente información   |   |                   |                 |             |           | 2070  |
|---|--|---|-------------------|-----------------|-------------|-----------|---|
|   | Frase: " Prohibida la Venta de Tabaco, Ciga<br>rrillos y sus derivados a menores de edad "   |   |                   |                 | 17.         |           | 2010  |
|   | Parágrafo 1, artículo 2. Este anuncio en ningún<br>caso hará mención a marcas, empresas o  |   |                   |                 |             |           |   |
|   | fundaciones de empresas tabacaleras; n<br>empleará logotipos, símbolos, juegos de colores  | i   |                   | 1               | -           |           |   |
|   | que permitan identificar alguna de ellas.  Dimensiones del aviso:  |   |                   | /               |             |           |   |
|   | El tamaño del aviso será de 15 cm de largo * 30 cm de ancho.   |   | 1.00              | /               |             |           |   |
|   | El material de impresión será el propalcote o propal mate, gramaje: 240 y 300  |   | *                 | /               |             | 1 334     |   |
| S. El establecimiento adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas que se   | Generar acciones como:, pedir a la persona que   |   |                   | /               |             | 1         |   |
| encuentren fumando en el lugar. Literal C, artículo 20 de la Ley 1335 de 2009.  | no fume, interrumpir el servicio, pedirle que<br>abandone el local o ponerse en contacto con la<br>autoridad de policía.   |   |                   | /               |             |           | Si no cumple canalizar a<br>ALCALDIA DE LA JURISDICCIÓN                 |
| El establecimiento cumple con las prohibiciones del uso de máquinas expendedoras o dispen-  |  |   | /                 |                 |             | 1 4 7 6   |   |
| sadores mecánicos de productos de tabaco, en lugares y puntos de venta en los cuales hay libre  | Se debe verificar que los productos de tabaco no sean accesibles desde los estantes al público sir   |   |                   |                 |             |           | Si no cumple canalizar a  |
| acceso de los menores de edad. Parágrafo 3 del<br>Artículo 2 de la Ley 1335 de 2009.  | ningún tipo de control.  |   | /                 |                 |             | 1         | POLICIA   |
| 5. El establecimiento cumple con las prohibiciones  | Elementos promocionales o publicitarios tales como: Vallas, pancartas, murales, afiches,   |   | 1                 |                 |             | 1 200     |   |
| de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados.   | carteles o similares móviles o fijos relacionados con la promoción del tabaco y sus derivados.   |   |                   |                 |             |           | Si no cumple canalizar a  |
| Artículos 14, 15, 16 y 17 de la Ley 1335 de 2009.   | Exhibidores, elementos promocionales, entre otros.   |   | /                 |                 |             | 1 8       | SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA<br>COMERCIO                               |
| 6. Cumple con la prohibición de venta por unidad de productos de tabaco y sus derivados. Parágrafo  | A partir del 21 de Julio del 2011 quedó prohibida la   | -/  |                   |                 | 1           | 1.48      |   |
| del artículo 3 de la Ley 1335 de 2009.  | venta por unidad de productos de tabaco o sus derivados.   | -/  |                   |                 |             |           | Si no cumple canalizar a<br>POLICIA                                     |
|   | Parágrafo 1°, Artículo 13, Ley 1335 de 2009. En todos los productos de cigarrillo, tabaco y sus der  |   |                   |                 |             |           |   |
| 7. El etiquetado y empaquetado que se encuentre en el establecimiento cumple con las  | ivados, se deberá expresar clara e inequívocamente, en la imagen o en el texto.  | /   | -                 | Had Y           |             |           |   |
| disposiciones del artículo 13 de la Ley 1335 de 2009, sobre advertencias sanitarias.  | según sea el caso y de manera rotativa y concurrente frases de advertencia y pictogramas.  | /   |                   |                 |             |           | Si no cumple canalizar a<br>SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y<br>COMERCIO |
|   | cuya rotación se hará como mínimo anualmente -<br>21 de Julio de cada año. Resolución 3961 de 2009   |   |                   |                 |             |           | COMERCIO  |
| 8. El establecimiento cumple con la prohibición de  | y Resolución 5914 de 2018.   |   |                   |                 |             | 1,000     |   |
| vender productos de tabaco a menores de edad.<br>Articulo 2 de la Ley 1335 de 2009.   | No vende, ni permite el consumo de tabaco y sus derivados a menores de edad.   |   |                   |                 |             |           | Si no cumple canalizar a<br>POLICIA                                     |
|   |  |   |                   | 1144            |             | 0         |   |
| 9.El establecimiento no vende cigarrillos en cajetillas menores de 10 unidades.   | Verificar que las cajetillas de cigarrilos sean de mínimo 10 unidades de Cigarrillos.  | 1   |                   |                 | 1           |           | Si no cumple canalizar a POLICIA  |
| ASPEC   | CTOS A INSPECCIONAR O VIGILAR EN I   | MEDIOS DE T   | RANSPORTE         | E (Marque o     | on una      | X)        |   |
| El medio de transporte cumple con las disposiciones establecidas en los artículos 19 y 20   | Prohibe el consumo de tabaco y sus derivados dentro del vehículo.  |   |                   |                 |             |           |   |
| de la Ley 1335 de 2009, con el fin de garantizar el derecho a la salud de las personas ante la  | No puede contar con elementos que faciliten o  |   |                   | /               |             |           |   |
| exposición del humo de tabaco.  | promuevan el consumo de tabaco y sus derivados.  |   |                   |                 |             |           |   |
| Adopta medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas cuando fuman al interior   | Generar acciones como:, pedir a la persona que<br>no fume, interrumpir el servicio, pedirle que  |   |                   | T               |             |           |   |
| del vehiculo.   | abandone el vehiculo o ponerse en contacto con la autoridad competente.  |   | /                 | . = 1,          |             |           | Si no cumple canalizar a  |
|   | La señalización contará con la siguiente   |   | /-                |                 | - 1         |           | ALCALDIA DE LA JURISDICCIÓN   |
|   | información:   |   | /                 |                 | - 1         |           |   |
| Cuenta con los avisos alusivos a los ambientes     libros do burgo. Adfordo 20 do los augustos a consultados de consultad | información: Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"  |   |                   |                 |             |           |   |
| 3. Cuenta con los avisos alusivos a los ambientes libres de humo. <i>Artículo 20 de la Ley 1335 de 2009.</i>  | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados".  Dimensiones del aviso:  |   |                   |                 |             |           |   |
| libres de humo. Artículo 20 de la Ley 1335 de 2009.   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"   |   |                   |                 |             |           |   |
| libres de humo. Artículo 20 de la Ley 1335 de 2009.   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados" Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  | EL ACTA   |                   |                 |             |           |   |
| libres de humo. Artículo 20 de la Ley 1335 de 2009.  Para constancia previa lectura y ratificación del co   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados."  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D   |   | e intervinieron e | n la visita, ho | y_23        | del mes o | te  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del co  | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados."  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D   | s y personas qu   |                   |                 | y_23        | del mes d | de  |
| libres de humo. Artículo 20 de la Ley 1335 de 2009.  Para constancia previa lectura y ratificación del co   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados."  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D   | s y personas qu   | en atendió la vis | ita.            | y_23        | del mes d | 00 <i>M</i> et  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del co  | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados."  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D   | s y personas qu   | en atendió la vis | ita.            | y_23        | del mes d | de  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del co  | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados."  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D   | s y personas qu   | en atendió la vis | ita.            | y_23        | del mes d | de <u>(~) 0 U</u>   |
| Para constancia previa lectura y ratificación del co  | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados."  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D   | s y personas qu<br>to de IVC o quic   | en atendió la vis | ita.            | y <u>23</u> | del mes d | 00 <i>V</i> _ et  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del co  | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados" Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho. El material será adhesivo.  FIRMA D Intenido de la presente acta firman los funcionarios de la presente acta firman los funcionarios de la presente legal, responsable del objeto OBSERVACIONES DE COMPARTA DE C | s y personas qu<br>to de IVC o quic   | en atendió la vis | ita.            | y 23        | del mes d | de  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del co  | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados" Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho. El material será adhesivo.  FIRMA D Intenido de la presente acta firman los funcionarios de la presente acta firman los funcionarios de la presente legal, responsable del objeto OBSERVACIONES DE COMPARTA DE C | s y personas qu<br>to de IVC o quic   | en atendió la vis | ita.            | y 23        | del mes d | 000/  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del inte   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados."  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D   | s y personas qu<br>to de IVC o quic   | en atendió la vis | ita.            | y 23        | del mes d | de <u>~~ 0 0 0</u>  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del inte   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados."  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D   | to de IVC o quie UIEN REALI UIEN ATIENI   | en atendió la vis | ita.            | y 23        | del mes d | de <u>Nov</u>   |
| Para constancia previa lectura y ratificación del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del inte   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados."  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D   | to de IVC o quie UIEN REALI UIEN ATIENI NOMBRE CÉDULA   | en atendió la vis | ita.            | y_23        | del mes d | de <u>NOV</u>   |
| Para constancia previa lectura y ratificación del code laño en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del inte   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados."  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D   | to de IVC o quie UIEN REALI UIEN ATIENI   | en atendió la vis | ita.            | y 23        | del mes d | de <u>Nov</u>   |
| Para constancia previa lectura y ratificación del code laño en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del inte   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados."  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D   | to de IVC o quie UIEN REALI UIEN ATIENI NOMBRE CÉDULA CARGO   | en atendió la vis | ita.            | y 23        | del mes d | 000/  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integral de la composición del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integral de la composición de la ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integral de la ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integral de la ciudad de CÉDULA CÉDULA CÉDULA CÉDULA CÉDULA CEDULA CÉDULA  | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D  Intenido de la presente acta firman los funcionarios de la presente acta firman los funcionarios de la presente legal, responsable del objeto de la presentante legal, responsable del objeto del la presentante legal, responsable del la presentante legal la l  | s y personas qui to de IVC o qui to de IVC o qui UIEN REALI UIEN ATIENI NOMBRE CÉDULA CARGO INSTITUCIÓN   | en atendió la vis | ita.            | y 23        | del mes d | de <u>~~ ~~ ~~ ~~ ~~ ~~ ~~ ~~ ~~ ~~ ~~ ~~ ~~</u>                        |
| Para constancia previa lectura y ratificación del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integrado de En la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integrado de CÉDULA CARGO ATALLA CARGO INSTITUCIÓN CARGO CARGO INSTITUCIÓN   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D  Intenido de la presente acta firman los funcionarios de la presente acta firman los funcionarios de la presente legal, responsable del objeto de la presentante legal, responsable del objeto del la presentante legal, responsable del la presentante legal la l  | to de IVC o quie UIEN REALI UIEN ATIENI NOMBRE CÉDULA CARGO INSTITUCIÓN FIRMA   | en atendió la vis | ita.            | y 23        | del mes d | 000/_ et  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del inte   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D  Intenido de la presente acta firman los funcionarios de la presente acta firman los funcionarios de la presentante legal, responsable del objeto del la presentante legal, responsable del la presentante legal, res | to de IVC o quie UIEN REALI UIEN ATIENI NOMBRE CÉDULA CARGO INSTITUCIÓN FIRMA NOMBRE CÉDULA   | en atendió la vis | ita.            | y_23        | del mes d | de {\dot 0 \dot 0}  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio de la composición del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio de la composición del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio del codel anomalo de la ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio del codel anomalo del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio del codel anomalo del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio del codel anomalo del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio del codel anomalo del   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D  Intenido de la presente acta firman los funcionarios de la presente acta firman los funcionarios de la presentante legal, responsable del objeto del la presentante legal, responsable del la presentante legal, res | to de IVC o quie UIEN REALI UIEN ATIENI NOMBRE CÉDULA CARGO INSTITUCIÓN FIRMA   | en atendió la vis | ita.            | y 23        | del mes d | de <u>~~00</u>  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio de la composición del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio de la composición del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio del codel ano en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio del codel ano en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio del codel ano en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio del codel ano en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integratorio del codel ano en la Ciudad de   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D  Intenido de la presente acta firman los funcionarios de la presente acta firman los funcionarios de la presentante legal, responsable del objeto del la presentante legal, responsable del la presentante legal, res | to de IVC o quie  UIEN REALI  UIEN ATIENI  NOMBRE  CÉDULA  CARGO  INSTITUCIÓN  FIRMA  NOMBRE  CÉDULA  CARGO   | en atendió la vis | ita.            | y_23        | del mes d | te  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del code del año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del interpreta de la composición del code del año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del interpreta de la composición del code del año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del interpreta del composición del code del año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del interpreta del composición del code del code del año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del interpreta del code del   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D  Intenido de la presente acta firman los funcionarios de la presente acta firman los funcionarios de la presentante legal, responsable del objeto de la presentante legal, responsable del objeto OBSERVACIONES DE  | to de IVC o quie  UIEN REALI  UIEN ATIENI  NOMBRE  CÉDULA  CARGO  INSTITUCIÓN  NOMBRE  CÉDULA  CARGO  INSTITUCIÓN  INSTITUCIÓN  | en atendió la vis | ita.            | y_23        | del mes d | de <u>(\) 0 \)</u>  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integrado de CÉDULA CARGO INSTITUCIÓN POR PARTE DEL OBJETO INSPECCIONA NOMBRE CÉDULA CEDULA CEDULA CEDULA CEDULA CEDULA CÉDULA CEDULA CEDULA   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D  Intenido de la presente acta firman los funcionarios de la presente acta firman los funcionarios de la presentante legal, responsable del objeto de la presentante legal, responsable del objeto OBSERVACIONES DE  | to de IVC o quie  UIEN REALI  UIEN ATIENI  NOMBRE  CÉDULA  CARGO  INSTITUCIÓN  NOMBRE  CÉDULA  CARGO  INSTITUCIÓN  INSTITUCIÓN  | en atendió la vis | ita.            | y 23        | del mes d | 000/ <sub>9</sub> et  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del code año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del interesente acta se         | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D  Intenido de la presente acta firman los funcionarios de la presente acta firman los funcionarios de la presentante legal, responsable del objeto de la presentante legal, responsable del objeto OBSERVACIONES DE  | to de IVC o quie  UIEN REALI  UIEN ATIENI  NOMBRE  CÉDULA  CARGO  INSTITUCIÓN FIRMA  NOMBRE  CÉDULA  CARGO INSTITUCIÓN FIRMA  | en atendió la vis | ita.            | y_23        | del mes d | de /\ 0 \ \   |
| Para constancia previa lectura y ratificación del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del integrado de CÉDULA CARGO INSTITUCIÓN POR PARTE DEL OBJETO INSPECCIONA NOMBRE CÉDULA CEDULA CEDULA CEDULA CEDULA CEDULA CÉDULA CEDULA CEDULA   | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D  Intenido de la presente acta firman los funcionarios de la presente acta firman los funcionarios de la presentante legal, responsable del objeto de la presentante legal, responsable del objeto OBSERVACIONES DE  | NOMBRE CÉDULA CARGO INSTITUCIÓN FIRMA NOMBRE CÉDULA CARGO | en atendió la vis | ita.            | y 23        | del mes d | de <u>~~00</u>  |
| Para constancia previa lectura y ratificación del codel año en la Ciudad de De la presente acta se deja copia en poder del interesente acta se        | Frase: "Respire con tranquilidad, este es un espacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados"  Dimensiones del aviso: El tamaño del aviso será de 12 cm de largo * 8 cm de ancho.  El material será adhesivo.  FIRMA D  Intenido de la presente acta firman los funcionarios de la presente acta firman los funcionarios de la presentante legal, responsable del objeto del la presentante legal, responsable del o | to de IVC o quie  UIEN REALI  UIEN ATIENI  NOMBRE  CÉDULA  CARGO  INSTITUCIÓN FIRMA  NOMBRE  CÉDULA  CARGO INSTITUCIÓN FIRMA  | en atendió la vis | ita.            | y_23        | del mes d | te  |