INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC08-13
	ACTA DE EVALUACIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL A ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES DE NORTE DE SANTANDER	Fecha actualización: 10/09/12
		Versión: 01
		Página 1 de 7

ACTA No. _____

CIUDAD Y FECHA: Tibú, Agosto 11 de 2017

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓNSOCIAL: Fundación El Cirineo

DIRECCIÓN: Crr 12 # 6-60 Barrio Los Pinos sector Diocesano

TELÉFONOS: 3107771810 FAX NA

REPRESENTANTE LEGAL Henry Agustin Bermudez Castillo N:t: 900297342-3

ACTIVIDAD Centro educativo

FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA OFICIAL 25-Feb-2016

CONCEPTO Favorable

POBLACIÓN ATENDIDA

NUMERO DE TRABAJADORES EN EL ESTABLECIMIENTO	Jornada/mañana	Jornada/tarde	TOTAL	AFILIACION AL SGSSS
ADMINISTRATIVOS			2	Si
PROFESIONALES			2	Si
TECNICOS			1	Si
EMPLEADOS			2	No
OTROS Niños - Niñas			32	—
GRAN TOTAL			39	—

PROCESOS DE TRABAJO:

- INSUMOS: No Aplica
- TRANSFORMACION: No Aplica
- PRODUCTO TERMINADO: No Aplica
- DEPOSITO O DISTRIBUCION: No Aplica

1. ASPECTOS SANITARIOS Y AMBIENTALES A VERIFICAR

1.1 LOCALIZACIÓN : Terreno apropiado (seco, no inundable y en terreno de fácil drenaje) _____

Topografía: (ondulada, plana, escarpada) escarpada Fácil acceso Si riesgos físicos asociados No

Establecimiento alejado de: Botadero de basuras Si Pantanos Si Criadero de insectos y roedores Si

Observaciones Ninguna

1.2 CERCO PERIMETRAL: No - Si X Estado: Bueno Si Malo No

Anomalía Detectada Ninguna

1.3 ILUMINACIÓN TOTAL DE AMBIENTES

1.4 VENTILACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO EN GENERAL:

Natural: Suficiente Si Insuficiente No Artificial: Suficiente Si
Insuficiente No
Observaciones generales Ninguna

1.5 PISOS

Estado General: De material Sanitario Si Limpios Si Buen estado (sin grietas, perforaciones o roturas) Si Riesgo de accidentes No Riesgo de proliferación de Vectores No
Características: Declive adecuado Si drenaje adecuado Si sifones y colectores de aguas lluvias Si suficientes Si adecuados Si inadecuados No protegidos Si
observaciones Ninguna

1.6 TECHOS

Estado General: Limpios Si Acumulación de Suciedad No Humedad No Estado de la Infraestructura: Buena Si Mala No observaciones:
Ninguna
Riesgo de Accidente No Riesgo de proliferación de Vectores No

1.7 PAREDES

Estado General: Limpios Si Acumulación de Suciedad No Humedad No
Condición Actual: Buena Si Mala No
Cuales -11-
Riesgo de Accidente No Riesgo de proliferación de Vectores No
Instalaciones eléctricas: Protegidas Si Desprotegidas No
Observaciones Ninguna

1.8 PUERTAS Y VENTANAS

Número suficiente para evacuación Si Tamaño adecuado "***estándar***" Si fácil apertura Si
Observaciones Ninguna

1.9 CUENTA EL ESTABLECIMIENTO CON ÁREAS DE:

Oficina, salones de clase, cocina, comedor
Observaciones Ninguna

1.10 PRESENTA EL ESTABLECIMIENTO PROBLEMAS DE ASINAMIENTO: No X Si

1.11 ABASTECIMIENTO DE AGUA

Fuente de abastecimiento EMTIBU ESP

El agua que utiliza el establecimiento es potable: Si X No –

Calidad del Servicio: Continuo: No Intermitente No irregular Si

Periodicidad: Mensual – Quincenal – Semanal – Diaria X Número de Horas de servicio al día 6 h/dia

Tratamiento individual de potabilización: Si X No – cual: Hervido Estado Bueno

Existe Tanque de almacenamiento Si Posición: Aéreo Si subterráneo No superficial No

Frecuencia de limpieza: c/ mes Protección adecuada Si Inadecuada No

Tipo: hermético X teja de "eternit " – Hoja de Zinc – otros –

Volumen total de almacenamiento 4000 Lts Metros cúbicos.

El consumo de agua se hace directamente: Del sistema de abastecimiento No Del tanque de almacenamiento Si Desinfección periódica del Almacenamiento: c/ mes.

Observaciones Ninguna.

1.12 SERVICIOS SANITARIOS

Localización: Adecuada Si Inadecuada No

Porque Facil acceso

Separados por sexo: Si – No X

Observaciones Ninguna

Cuenta con unidad sanitaria: Si X No –

Cual Sanitarios - duchas. Uso exclusiva para los usuarios: Si X

No – Cantidad 6 Uso exclusivo para administrativos: Si X No – Cantidad 1

Uso exclusivo para empleados Si X No – Cantidad 1

Total unidades sanitarias 8

Estado general: Limpias Si Higiénicas Si funcionamiento: adecuado Si

Inadecuado No

Elementos mínimos de higiene: Si X No –

Cuales papel higienico

Observaciones Ninguna

Orinales: Si – No X Individuales – Colectivos – Cantidad –

Estado general: Limpias – Higiénicas – funcionamiento: adecuado –

Estado general: Limpios Si Higiénicos Si funcionamiento: adecuado Si Inadecuado No

Elementos mínimos de higiene: Si X No - Cuales Jabón Liquido

Observaciones Ninguna

Duchas: Si X No - Total 8 Funcionamiento: Adecuado Si Inadecuado No Higiénicos Si

Elementos mínimos de higiene: Si X No -

Observaciones Ninguna

1.13 DISPOSICIÓN SANITARIA DE RESIDUOS LIQUIDOS:

Sifones o rejillas adecuadas: No - Si X

Aguas de lavado y servido no ocasionan contaminación al entorno y no representan riesgos para la proliferación de vectores y la salud de las personas: No - Si X

El establecimiento cuenta con disposición sanitaria de residuos líquidos: No - Si X

Cual Alcantarillado

Funcionamiento: Adecuado Si Inadecuado No Existe pre-tratamiento: Si - No X

Observaciones Ninguna

Se evidencia presencia de Depósitos diversos como potenciales criaderos de Aedes: Si - No X

EL establecimiento está negativo para el genero Aedes: Si X No -

1.14 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS (BASURAS)

Existen recipientes para recolección de basuras: Si X No - Numero de recipientes 22

Estado sanitario: Bueno Si Malo No

Observaciones Ninguna

Clasifican las basuras: Si X No - Frecuencia Diaria

Existe un local para el depósito temporal: si X No: - **Ubicación**: Adecuada Si Inadecuada No

Presencia de vectores No

El establecimiento cuenta con servicio de recolección: Si X

Frecuencia 2 veces / Semana

No - Sistema de tratamiento y disposición final que emplea la institución Relleno sanitario

CONDICIONES DEL ÁREA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

Pisos:

Estado General: De material Sanitario Si Limpios Si Buen estado Si Riesgo de accidentes No

Observaciones Ninguna

Techos:

Estado General: Limpios Si Acumulación de Suciedad No Humedad No Estado de la Infraestructura: Buena Si Mala No

Observaciones Ninguna

Paredes:

Estado General: Limpios Si Acumulación de Suciedad No Humedad No

Condición Actual: Buena Si Mala No

Cuales Ninguna

Observaciones Ninguna

Ventilación: Suficiente Si Insuficiente No Iluminación: Suficiente Si Insuficiente No

Observaciones Ninguna

Los equipos y utensilios son de material sanitario, se encuentran en buen estado y son de fácil limpieza y desinfección: Si X No –

Observaciones Ninguna

Las superficies en contacto con los alimentos son de material sanitario: Si X No –

Observaciones Ninguna

Los productos químicos (desinfectantes, detergentes, plaguicidas) se encuentran rotulados y almacenados en un sitio alejado y protegido: Si X No –

Observaciones Ninguna

Manipulación y almacenamiento de materias primas: Adecuado: Si X No –

Observaciones Ninguna

Almacenamiento y manipulación de alimentos preparados: Adecuado: Si X No –

Observaciones Ninguna

Se evita la contaminación cruzada: Si

Los productos susceptibles de contaminar se encuentran en condiciones de conservación requeridas: Si X No – Observaciones

Ninguna

Los productos se encuentran dentro de su vida útil y son aptos para el consumo: Si__X__

No__-_____

Observaciones__Ninguna_____

2.1 PERSONAL MANIPULADOR:

Cuentan con Valoraciones y certificado médico Sanitarias recientes: Si__X__ No__-____

Los manipuladores tienen actualizado el curso o capacitación en higiene y protección de alimentos:

Si __X__ No__-____

Utilizan el uniforme o ropa adecuada: Si__X__ No__-__ **Evitan prácticas antihigiénicas**: Si __X__

No__-__ **Se lavan y desinfectan las manos hasta el codo cada vez que sea necesario**: Si__X__ No

__-_____

Observaciones __Ninguna_____

3. SALUD OCUPACIONAL

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO: Mecánico (–) Físico (–) Químico (–) Ergonómicos (–)

Locativos (–) Psicosocial (–) Incendio (X) Orden y aseo (X)

UTILIZAN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL LOS DEMAS TRABAJADORES:

Guantes - tapabocas_____

Se cuenta con botiquín de primeros auxilios: Si__X__ No__-____

Se encuentra dotado con los elementos necesarios: Si__X__ No__-____

Observaciones__Ninguna_____

Se cuenta con extintor de incendios Si__X__ No __-____

Se tienen previstas medidas de emergencia si__X__ No __-____

Observaciones__Ninguna_____

4. EXISTE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL INTEGRAL DE VECTORES

Si __-_____ No__X____

5. OBSERVACIONES POR PARTE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

_____

Ninguna

7. EXIGENCIAS FRENTE A LA SITUACION SANITARIA ENCONTRADA

Ninguna

De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, Ley 9 del 1979 y su reglamentación, para el cumplimiento de las anteriores exigencias se concede un Plazo de -11- días hábiles.

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 11 Agosto del año 2017 en el Municipio de Tibú.

De la presenta acta se deja copia en poder de el 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.

FUNCIONARIOS DE SALUD

Firma _____
Nombre Carolina Villamizar
C.C. 1090378868
Cargo Tec. Area de la Salud
Institución IDS

Firma _____
Nombre _____
C.C. _____
Cargo _____
Institución _____

POR PARTE DE LA EMPRESA:

Firma _____
Nombre HENRY AGUSTIN BERMUDEZ C.
C.C. 88222774.
Cargo REPRESENTANTE LEGAL X
Establecimiento CENTRO EDUCATIVO EL CIRINEO

Firma _____
Nombre _____
C.C. _____
Cargo _____
Establecimiento _____