

Subred: Norte Número de Inscripción: _____

Unidad de Servicios de Salud: Usaquen Número de Carpeta: _____

1. CÉDULA ESTABLECIMIENTO

1.1 Razón social: Terapias catherin Tatiana Jimenez IPS SAS
1.2 Nombre del establecimiento: Terapias catherin Tatiana Jimenez IPS SAS
1.3 NIT: 830 514 544-2 1.4 Sede: 137
1.5 Dirección: Cr 17 A #137-58 1.6 Localidad: Usaquen
1.7 UPZ: Contador 1.8 Teléfono 1: 312 430 4722 1.9 Teléfono 2: 390 71 49
1.10 Barrio: Cedros 1.11 Correo electrónico: terapiasctja@hotmail.com
1.12 Nombre propietario: Lina Mariana Jimenez Lopez
1.13 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ NIT. ☐ 1.14 Número documento: 52 360 604
1.15 Nombre representante legal: Lina Mariana Jimenez Lopez
1.16 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ 1.17 Número documento: 52.360 604
1.18 Persona que atiende la visita: Lina Mariana Jimenez 1.19 Cargo: Pro Pictaria
1.20 Tipo de documento: C. C. ☒ C. E. ☐ 1.21 Número documento: 52.360 604
1.22 Dirección de notificación: Cr 17 A #137-58
1.23 Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☒ NO ☐
1.24 Número matrícula mercantil del establecimiento: 014 457 86
1.25 La matrícula mercantil del establecimiento está actualizada: SI ☒ NO ☐
1.26 Línea de intervención: Calidad de Agua y saneamiento básico 1.27 Tipo de establecimiento: IPS
1.28 Intervención: Institución Prestadora de Salud
1.29 Número de trabajadores: 6 1.30 Horario: diurno ☒ nocturno ☐ 24 horas ☐ otro: _____
1.31 Días de funcionamiento: lunes a viernes ☒ domingo a domingo ☐ fin de semana ☐ otro: _____

2. ATRIBUTOS GENERALES DE RIESGO

2.1 Tipo de establecimiento: A ☐ B ☒ C ☐
2.2 Coincidencia CIU principal vs. CIU evidenciado: SI ☒ No ☐ 2.3 Actividad industrial evidenciada (CIU): IPS
2.4 Código como prestador asignado por la SDS: 11 001 287 8301
2.5 Servicios con los que cuenta: Clínicos ☒ Administrativos ☐ Especializados ☐

VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO	MEDIDA SANITARIA SI NO	MOTIVO
Visita 1	<u>20</u>	<u>12</u>	<u>2023</u>	<u>FAVORABLE</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	(V) <input checked="" type="checkbox"/> Visita de oficio
Visita 2						(NC) Notificación comunitaria
Visita 3						(AB) Asociada a brote
Visita 4						(SI) Solicitud del interesado Rad. _____
						(SO) Solicitud oficial Rad. _____

3. CONDICIONES LOCATIVAS

Aspectos a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
3.1 La institución prestadora de servicios de salud, se localiza en un lugar que no presenten problemas de polución, evita las zonas de riesgo; así mismo su ubicación es lejana a lugares que generen focos de insalubridad e inseguridad.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	<u>1</u>

A. Profesionales independientes B. Instituciones prestadoras de salud C. Traslado de pacientes empresas de ambulancias

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

Continuación 3. CONDICIONES LOCATIVAS

Aspectos a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
3.2 Los pisos son impermeables, sólidos, resistentes, antideslizantes, de fácil limpieza y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes.	X	2	3	4	
3.3 En los servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio, de esterilización, de bancos de sangre, salas de autopsias y donde se requiera un proceso de limpieza y asepsia más profundo, la unión con paredes o muros cuenta con guardaescobas en media caña.	1	2	X	4	No aplica
3.4 Los cielos rasos, techos y paredes o muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura, e incombustibles, de superficie lisa, cubiertos con materiales lavables y de fácil limpieza tales como baldosin de cerámica esmalada o materiales que cumplan condiciones de asepsia, especialmente en salas de cirugía, de partos, de curaciones, de autopsia; servicios de lactarios, de esterilización, de cuidados intensivos e intermedios, de laboratorios, de cocina; trabajos de enfermería, cuarto para almacenamiento de alimentos, unidades sanitarias y cuartos de aseo. Las uniones de paredes o muros, con cielos rasos o techos, en los ambientes donde se requiera un proceso de limpieza y asepsia más profundo, tales como, salas de cirugía y de partos y servicio de esterilización, tienen acabados en media caña.	X	2	3	4	Se observan condiciones adecuadas de esta área de almacenamiento de residuos.
3.5 Se cuenta por lo menos con una unidad sanitaria con inodoro y un lavamanos, por cada quince (15) personas, incluyendo pacientes ambulatorios, visitantes y personal que en él labore, discriminados por sexo y por uso.	X	2	3	4	
3.6 Se cumplen la Resolución No. 14.861 del 4 de Octubre de 1985 sobre instalación y requisitos de unidades sanitarias y duchas para minusválidos.	X	2	3	4	
3.7 En los servicios de hospitalización u observación hay ambiente específico para lavado de patos o accesorios (ducha teléfono) en baños.	X	2	3	4	
3.8 Se dispone de cuartos independientes con poceta para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de implementos usados.	X	2	3	4	

4. INSTALACIONES DE SUMINISTRO DE AGUA Y EVACUACIÓN DE RESIDUOS LÍQUIDOS

Aspectos a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
4.1 Las instalaciones para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo.	X	2	3	4	
4.2 Para el suministro de agua se cumple con las disposiciones de la Ley 09 de 1979 y reglamentarios.	X	2	3	4	
4.3 En las instituciones que presten servicios de hospitalización, se cuenta con tanques de almacenamiento de agua potable.	X	2	3	4	
4.4 Fecha de lavado de tanques	DD	MM	AAAA		
4.5 Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.	X	2	3	4	

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

Continuación 4. INSTALACIONES DE SUMINISTRO DE AGUA Y EVACUACIÓN DE RESIDUOS LÍQUIDOS

Aspectos a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
4.6 La institución cuenta con conexión al sistema de alcantarillado público.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	
4.7 La evacuación de residuos líquidos permite su rápido escurrimiento, no hay obstrucciones, impide el paso de gases y animales de la red pública al interior de la edificación, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido y evita la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	

5. GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS

Aspectos a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
5.1 Existe un espacio para almacenamiento de residuos sólidos patógenos, biológicos y similares, que deberá cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos: 1. Está señalizado, con indicaciones claras y precisas para el manejo de los residuos sólidos, en cuanto a protección del personal y del ambiente. 2. Tiene sistemas de ventilación natural, o artificial cuando no sea posible la ventilación natural. 3. Pisos de material resistente, con pendiente y sistema de drenaje que permitan fácil lavado y limpieza. 4. Paredes o muros impermeables, incombustibles, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura. 5. Está dotado de equipo para prevención y control de incendios y otros accidentes. 6. Está ubicado preferiblemente fuera del área construida de la institución, en sitios de fácil acceso. 7. Tiene protección contra factores ambientales, en especial contra aguas lluvias.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	
5.2 El generador formula, implementa, actualiza y tiene a disposición el plan de gestión integral para los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, conforme a lo establecido en el Manual para la Gestión Integral de Residuos vigente.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	Presenta documento implementado
5.3 Se cuenta con evidencia de capacitación al personal encargado de la gestión integral de los residuos generados, y brinda los elementos de protección personal necesarios para la manipulación de estos.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	Presenta soporte de capacitación
5.4 Conserva los comprobantes de recolección del transportador de residuos o desechos peligrosos, hasta por un término de cinco (5) años.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	
5.5 Cuenta con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente y contar con personal capacitado y entrenado para su implementación.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	
5.6 Los recipientes utilizados para el almacenamiento de residuos, tienen como mínimo las siguientes características: Son de tipo tapa y pedal. Construidos en material rígido impermeable, de fácil limpieza y resistentes a la corrosión como el plástico. Capacidad. Ceñido al Código de colores estandarizado. Rotulados con el nombre del departamento, área o servicio al que pertenecen, el residuo que contienen y los símbolos internacionales.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	
5.7 Los recipientes reutilizables y contenedores de bolsas desechables son lavados con una frecuencia igual a la de recolección, desinfectados y secados.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DD1

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

Continuación 5. GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS

Aspectos a verificar	Cumplimiento				Hallazgos
5.8 El generador diligencia el formulario RH1 -registro diario de generación de residuos hospitalarios y similares.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	Presenta RH 1
5.9 El generador cumple la normatividad de seguridad y salud del trabajador a que haya lugar (EPP y Esquema de Vacunación).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	Diligenciado
5.10 El generador de residuos suministra al transportista de los residuos o desechos peligrosos las respectivas hojas de seguridad.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	

6. EXIGENCIAS:

6.1 Descripción de las exigencias:

Se emite concepto sanitario favorable por cumplimiento en condiciones sanitarias y de documentación

Impresión: Subdirección Inspección Distrital DDI

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

Continuación 6.1 Descripción de las exigencias:

6.2 Concepto sanitario de la visita:

Favorable ☒

Favorable con requerimientos* ☐

Desfavorable ☐

**El establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos sanitarios establecidos en las normas vigentes, pero las condiciones sanitarias evidenciadas no conllevan a un riesgo inminente para la salud humana.*

6.3 Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de días, contados a partir de día del mes de de , que vence el día del mes de de . De acuerdo a la ley 9 de 1979 y decretos reglamentarios, Ley 715 de 2001 y demás disposiciones legales vigentes.

6.4 Observaciones de quien atiende la visita:

6.5 Observaciones de quien realiza la visita:

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

7.1 Clausura temporal total ☐

7.4 Suspensión total de trabajos o servicios ☐

7.2 Clausura temporal parcial ☐

7.5 Decomiso ☐

7.3 Suspensión parcial de trabajos o servicios ☐

7.6 Congelación ☐

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy (día/mes/año) 20/12/23, en Bogotá D. C.

8. FUNCIONARIO DE SALUD (1)

8.1 Nombre: Genifer Valderrama

8.2 Tipo de documento: CC

8.3 Número de documento: 52796567

8.4 Cargo: Ing Ambiental

8.5 Firma: Genifer W

9. FUNCIONARIO DE SALUD (2)

9.1 Nombre:

9.2 Tipo de documento:

9.3 Número de documento:

9.4 Cargo:

9.5 Firma:

10. PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

10.1 Nombre:

10.2 Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐

10.3 Número de documento:

10.4 Cargo: Representante legal ☒ Propietario ☐ Encargado ☐

10.5 Firma:

11. TESTIGO

11.1 Nombre:

11.2 Tipo de documento:

11.3 Número de documento:

11.4 Firma:

Nota: En aplicación de la Ley 1437 de 2011 artículos 2 y 3 numeral 4 principio de buena fe, hago constar que he recibido copia del acta de visita, la cual haré llegar al propietario o representante legal del establecimiento o similares, de lo contrario me hago responsable solidario ante cualquier investigación. La dirección de notificación deberá entenderse que es la misma del establecimiento, salvo que se trate de entidades públicas o establecimientos de cadena, la cual será la que ellos indiquen; el propietario o representante legal deberá informar a la autoridad sanitaria la dirección de notificación en caso de cambio. Autorizo a las autoridades de inspección vigilancia y control para notificar o enviar información a través del correo electrónico que queda registrado en la presente acta.

Este es un documento público de conformidad con lo establecido en el artículo 264 del código de procedimiento civil.