



56338

Acta número: _____

Empresa Social del Estado: HOSPITAL PABLO VI BOSA Número de Carpeta: _____

1. CÉDULA ESTABLECIMIENTO		
1.1 Línea de acción: <u>ESTOZ/PROYECTO ESPECIAL PLAGUICIDAS-LAVADO TANQUES AGUA POTABLE</u>		
1.2 Tipo de establecimiento: <u>EMPRESA PLACADORA</u>	1.3 Matrícula establecimiento: <u>NIT: 900356226-0</u>	
1.4 Razón social establecimiento: <u>DIABEL FUMIGACIONES SAO</u>		
1.5 Nombre comercial establecimiento: <u>DIABEL FUMIGACIONES SAS</u>		
1.6 Sede: <u>UNICA</u>	1.7 E-mail: <u>operacion@diabel-fumigaciones.com</u>	
1.8 Dirección: <u>COA. 18L N. 69P-12 SUR</u>		
1.9 Complemento Dirección: <u>Nickona</u>		
1.10 Localidad: <u>CIUDAD BOGOTÁ</u>	1.11 UPZ: <u>NO</u>	
1.12 Barrio: <u>EL TRINCO</u>	1.13 Teléfono 1: <u>7619276</u>	
1.14 Teléfono 2: <u>7910384</u>	1.15 Fax: <u>7910384</u>	
1.16 Nombre propietario: <u>ALEXANDER DIAZ</u>		
1.17 Tipo de documento: <u>CC</u>	1.18 Número documento: <u>5905593</u>	
1.19 Nombre propietario 2: <u>— —</u>		
1.20 Tipo de documento: <u>— —</u>	1.21 Número documento: <u>— —</u>	
1.22 Nombre representante legal: <u>ALEXANDER DIAZ</u>		
1.23 Tipo de documento: <u>CC</u>	1.24 Número documento: <u>5905593</u>	
1.25 Nombre administrador: <u>ALEXANDER DIAZ</u>		
1.26 Tipo de documento: <u>CC</u>	1.27 Número documento: <u>5905593</u>	
1.28 CIU 1: <u>7993</u>	1.29 CIU 2: <u>5169</u>	1.30 CIU 3: <u>— —</u>

2. ATRIBUTOS GENERALES DE RIESGO		
2.1 Clasificación establecimiento: <u>CONTROL VECTORES - LAVADO TANQUES AGUA POTABLE</u>		
2.2 Sistema de gestión de calidad:	ISO 9001 <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ISO 14000 <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO OHSAS 18001 <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
2.3 Coincidencia actividad principal vs. CIU:	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 2.4 CIU enunciado 1: <u>FUMIGACIONES</u>	
2.5 CIU enunciado 2: <u>— —</u>	2.6 Materiales CRETIP ⁽¹⁾ : <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2.7 Área establecida en (M ²): <u>24m²</u>	2.8 Proceso manual/artesanal: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2.9 Procesos automatizados: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	2.10 Número de empleados: <u>2</u>	
2.11 Señalización (Norma técnica): <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	2.12 ¿Es vivienda?: <u>CONEXC</u> <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2.13 Tipo de productos finales ⁽²⁾		2.14 Tipo de materias primas ⁽²⁾
/		/

⁽¹⁾ MATERIALES CRETIP: Corrosivo, reactivo, explosivo, tóxico, inflamable, patógeno o infeccioso.
⁽²⁾ Aplica únicamente a establecimientos que tengan procesos productivos excepto de la línea de Industria y Ambiente.

VISIT A	DÍA	MES	AÑO	HORA	MOTIVO
Inicial	07	12	10	AM	<input checked="" type="checkbox"/> (V) Visita de oficina
1er. Control	17	02	11	AM	(NC) Notificación comunitaria
2do. Control	24	03	11	PM	(AB) Asociada a brote
3er. Control					(SI) Solicitud del interesado
					(SO) Solicitud oficial

56338

Acta número:



3. INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Aspecto a verificar		Hallazgos y recomendaciones
3.1 Número de trabajadores administrativos (hombres)	<input type="text" value="1"/>	/
3.2 Número de trabajadores administrativos (mujeres)	<input type="text" value="-"/>	
3.3 Número de trabajadores operativos (hombres)	<input type="text" value="1"/>	
3.4 Número de trabajadores operativos (mujeres)	<input type="text" value="-"/>	
3.5 Número de trabajadores menores de edad	<input type="text" value="-"/>	
3.6 Número de turnos por semana (hombres)	<input type="text" value="1"/>	
3.7 Horas por turno (hombres)	<input type="text" value="8"/>	
3.8 Días laborados por semana (hombre)	<input type="text" value="0"/>	

4. CONDICIONES LOCATIVAS

Aspecto a verificar	Calificación/Cumplimiento	Hallazgos y recomendaciones
4.1 Pisos.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	SE AJUSTA A LA NORMATIA.
4.2 Paredes.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
4.3 Techos.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
4.4 Escaleras, rampas y vías de acceso	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
4.5 Ventilación natural y/o artificial.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
4.6 Iluminación natural y/o artificial.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
4.7 Temperatura.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
4.8 Zona de almacenamiento.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	

5. CONDICIONES DE SEGURIDAD

Aspecto a verificar	Calificación/Cumplimiento	Hallazgos y recomendaciones
5.1 Ubicación y distribución de maquinaria y equipos.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	SE AJUSTA A LA NORMATIA.
5.2 Estado de maquinaria - equipo y herramientas.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
5.3 Mantenimiento periódico de equipos e instalaciones.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
5.4 Elementos de control de proceso adecuados.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
5.5 Señalización y demarcación de áreas.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
5.6 Sistema contra incendio.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
5.7 Equipo de comunicación.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
5.8 Elementos de protección personal.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
5.9 Sistema eléctrico - protección.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
5.10 Sistema de conducción fluidos.	<input type="checkbox"/> 1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5	

6. CONDICIONES SANITARIAS

Aspecto a verificar	Calificación/Cumplimiento	Hallazgos y recomendaciones
6.1 Abastecimiento y almacenamiento de agua	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	SE AJUSTA A LA NORMATIA.
6.2 Drenajes: Cajas, canales, sifones.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
6.3 Servicios sanitarios y vestieros.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
6.4 Orden y limpieza.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
6.5 Área de almacenamiento de Residuos Sólidos.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
6.6 Vertimientos - tratamiento previo.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	

1 Cumple completamente 2 Cumple parcialmente 3 No cumple 4 No aplica 5 No observado



56338

Acta número:

6. Continuación CONDICIONES SANITARIAS		
Aspecto a verificar	Calificación/Cumplimiento	Hallazgos y recomendaciones
6.7 Presencia de polvos orgánicos e inorgánicos	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	/
6.8 Presencia de olores, gases, humos, otros.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
6.9 Presencia de animales (artrópodos, roedores, aves, caninos, felinos, otros).	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	

7. SALUD OCUPACIONAL, HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL		
Aspecto a verificar	Calificación/Cumplimiento	Hallazgos y recomendaciones
7.1 Afiliación a Riesgos Profesionales.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALP: POSITIVA
7.2 Afiliación a Seguridad Social en Salud.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EPO: CAFCESALUD.
7.3 Afiliación a ARS.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7.4 Programa de Salud Ocupacional.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7.5 Medicina del Trabajo.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7.6 Ruido.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	DE AJUSTA
7.7 Vibración.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	A LA OJETA.
7.8 Hojas de Seguridad/ Fichas de Emergencia.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	

8. PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS		
Aspecto a verificar	Calificación/Cumplimiento	Hallazgos y recomendaciones
8.1 Política de emergencias.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
8.2 Plan de emergencia y de contingencias implementados.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
8.3 Programa de capacitación y entrenamiento permanentes.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
8.4 Priorización de escenarios de riesgo.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
8.5 Análisis de peligros y amenazas.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	DE AJUSTA
8.6 Capacitación en el manejo de sustancias peligrosas.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
8.7 Comunicación adecuada del peligro en áreas peligrosas.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	A LA OJETA.
8.8 Señalización, rotulado y etiquetado de recipientes.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
8.9 Sistema de contención de derrames.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	
8.10 Adecuación de áreas de carga y descarga de sustancias peligrosas.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5	

9. ASPECTOS A VERIFICAR - SUSTANCIAS QUÍMICAS						
9.1 Sustancias químicas utilizadas.						
Nombre		Estado físico			Relación/Cantidad	
Comercial	Genérico	Sólido	Líquido	Gaseoso	Mensual	
Delmetron	Deltamethrine		<input checked="" type="checkbox"/>		Semanal	
Krothrene	Deltamethrine		<input checked="" type="checkbox"/>		Semanal	
Hipoclorito de sodio	Hipoclorito de sodio		<input checked="" type="checkbox"/>		6lt	
/						

1 Cumple completamente 2 Cumple parcialmente 3 No cumple 4 No aplica 5 No observado



56938

Acta número:

9.2 Sustancias químicas almacenadas.

Nombre	Genérico	Estado físico			Relación/Cantidad Mensual
		Sólido	Líquido	Gaseoso	
Comercial					
Delmetrin	Delmetrina		X		1200ml
Diazinot	Delmetrina		X		5000ml
Krotaline	Delmetrina		X		5000ml
pecificas	Borax	X			2kg
Hipoclorito de Sodio	Hipoclorito de Sodio		X		15lt

9.3 Producto terminado.

Nombre	Genérico	Estado físico			Relación/Cantidad Mensual
		Sólido	Líquido	Gaseoso	
Comercial					
COPIA INFORMATIVA ADJUNTA A COTIZACIÓN					

9.4 Clase de residuo

Nombre	Genérico	Estado físico			Relación/Cantidad Mensual
		Sólido	Líquido	Gaseoso	
Comercial					
Residuo Industrial	RES. WOOD. WINKER	X			2000f
NO VALIDA PARA FINES DE CONTROL SANITARIO					

10. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE SUSTANCIAS PELIGROSAS

Aspecto a verificar	Hallazgos y recomendaciones
10.1 Coordenadas X	
10.2 Coordenadas Y	

11. ASPECTOS A VERIFICAR - CONDICIONES DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS

Aspecto a verificar	Calificación/Cumplimiento	Hallazgos y recomendaciones
11.1 Planta de transformación o manufactura.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

12. VULNERABILIDAD ESTRUCTURAL

Aspecto a verificar	Hallazgos y recomendaciones
12.1 Edificación construida antes de 1984 y sin obras de reforzamiento.	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
12.2 Edificación construida o reforzada entre 1984 y 1998.	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
12.3 Edificación construida o reforzada después de 1998.	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

13. SISTEMA DE PRODUCCIÓN DE ENERGÍA

Aspecto a verificar	Hallazgos y recomendaciones
13.1 Caldera.	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
13.2 Mantenimiento.	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
13.3 Capacidad (lb/h).	
13.4 Potencia (hp).	
13.5 Tipo de Combustible	

A. CARBÓN B. ACPM C. GAS NATURAL D. OTRO



56338

Acta número:

14. OCURRENCIA DE ACCIDENTES		
Aspecto a verificar		Hallazgos y recomendaciones
14.1 Ha ocurrido anteriormente algún accidente tecnológico (derrame, explosión, incendio, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	/
14.2 Número de accidentes ocurridos en las instalaciones.	<input type="text" value="—"/>	
14.3 Año de ocurrencia del último accidente.	<input type="text" value="—"/>	
14.4 Número de accidentes ocupacionales por año.	<input type="text" value="—"/>	

15. ESPACIOS 100% LIBRES DE HUMO (Resolución 1956 de 2008)		
Aspecto a verificar	Calificación / Cumplimiento	Hallazgos y recomendaciones
15.1 Existe un letrero visible al público que indique: "Por el bien de su salud, este espacio está libre de humo de cigarrillo o de tabaco"; "Respire con tranquilidad, este es un espacio libre de humo de tabaco." o "Bienvenido, este es un establecimiento libre de humo de tabaco".	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	/
15.2 El establecimiento ha desarrollado estrategias de desestímulo en cuanto al consumo de cigarrillo o tabaco.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

16. EXIGENCIAS:

16.1 Descripción de las exigencias: SI NO

Se realizó visita de control al establecimiento en mención con el fin de verificar el cumplimiento de en carta 56327; dando cumplimiento a:

- 1) Se independizaron elementos de protección personal q se usaban en locker.
- 2) Se realizó mantenimiento a paredes en ducha y lavamanos.
- 3) Se creó protocolo de fumación por espacios cerrados.
- 4) Se notuló todos los envases de producto químico.
- 5) Se soporó entrega de EPP al operario.
- 6) Se soporó exámenes de medicina preventiva del personal operativo.
- 7) Se presentó panorama de factores de riesgo.
- 8) Se presentó plan de evaluación y emergencia.
- 9) Se presentó idoneidad del personal operativo.
- 10) Se presentó hoja de seguridad del hipoclorito sodio.
- 11) Se presentó formato de entrega a cruzeros.
- 12) Se actualizó asesoría técnica.
- 13) Se retiró objetos en madera.

Teniendo en cuenta que se dio cumplimiento al total de lo recomendado se emite concepto sanitario "FAVORABLE"





56336

Acta número:

Continuación exigencias:

el concepto sanitario favorable

COPIA INFORMATIVA

Amparo Técnico: Ana Victoria Hernández (Cero químico).

ADJUNTA A COTIZACIÓN

plapicidas.fogues@gmail.com

16.2 Concepto de la visita: Favorable Se aplaza la emisión del concepto Desfavorable

16.3 Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de ___ días, contados a partir del día ___ del mes de ___ de ___, que vence el día ___ el mes de ___ de ___.

De acuerdo a la ley 9 de 1979 y decretos reglamentarios, ley 715 del 2001 y demás disposiciones legales vigentes.

16.4 Observaciones de quien atiende la visita:

NO VALIDA PARA FINES DE CONTROL SANITARIO

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

17.1 Clausura temporal total	17.5 Decomiso
17.2 Clausura temporal parcial	17.6 Destrucción o desnaturalización
17.3 Suspensión parcial de trabajos o servicios	17.7 Congelación
17.4 Suspensión total de trabajos o servicios	NINGUNA

DIABEL FUMIGACIONES SAS
 TEL: 791 9276 FAX: 791 0384

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) 24/03/11, en Bogotá D. C.

18. FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA		19. PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	
18.1 Nombre: LUIS H. BOSCÁ - Alejandro Gorkov		19.1 Nombre: Alexander Diaz	
18.2 Tipo de documento: CC	C.C.	19.2 Tipo de documento: C.C.	
18.3 Número de documento: 985072	52396444	19.3 Número de documento: 5905593	
18.4 Firma: [Firma]	[Firma]	19.4 Firma: [Firma]	
20. TESTIGO			
20.1 Nombre:			
20.2 Tipo de documento:			
20.3 Número de documento:			
20.4 Firma:			