# ACTA DE VISITA No.

**PROVINCIA: MUNICIPIO FECHA:**

**IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:**

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: NIT: DIRECCIÓN: TEL: FAX:

REPRESENTANTE LEGAL: C.C.

**Fecha última visita oficial: \_**No. de acta Concepto emitido:

**Número de Empleados:** Operarios: Profesionales: Técnicos: Administrativos:

**EVALUACIÓN SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO**

Califique con **DOS (2)** cuando se cumpla totalmente con el aspecto descrito; con **UNO (1),** cuando este sea cumplido parcialmente; con

**CERO (0)**, cuando no lo cumpla; **N.A.**, cuando el aspecto no sea aplicable y **N.O**. cuando el aspecto no sea observable.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ASPECTOS A VERIFICAR** | **CALIF** | **OBSERVACIONES** |
| **1.** | **CONDICIONES LOCATIVAS** |  |  |
| 1.1. | El establecimiento está ubicado en lugar seco, en terreno de fácildrenaje, que no presente riesgo de desastre natural o de foco de insalubridad grave. |  |  |
| 1.2 | Las paredes, pisos, escalera, rampas y techos son de material noporoso, no absorbente, de fácil limpieza y desinfección y se encuentran en buen estado de aseo y mantenimiento. |  |  |
| 1.3 | La ventilación natural y /o artificial es suficiente. |  |  |
| 1.4 | La iluminación natural y/o artificial es suficiente. |  |  |
| **2.** | **CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA** |  |  |
| 2.1 | El área administrativa se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento. |  |  |
| 2.2 | Las salas de espera se encuentran en buen estado de aseo y mantenimiento. Cantidad: Área (M2):  |  |  |
| 2.3 | Las salas de velación se encuentran en buen estado de aseo ymantenimiento. Cantidad: Área (M2):  |  |  |
| 2.4 | El área de embalsamiento se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento. Cantidad: Área (M2) :  |  |  |
| 2.5 | El área de preparación de cadáveres cuenta con mesa de preparación de cuerpos con desagües conectados a un sistema detratamiento de líquidos. |  |  |
| 2.6 | El área de preparación de cadáveres cuenta con instrumental quirúrgico (pinzas, tijeras, hojas de bisturí, cáñamo, gasa, mesas yequipo de inyección y extracción de líquidos) |  |  |
| 2.7 | El área de parqueaderos se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento. Cantidad: Área (M2):  |  |  |
| 2.8 | Dispone de servicios sanitarios en cantidad suficiente, para el público, separados por género y debidamente dotados (toallas, jabón, papel higiénico), en perfecto estado de funcionamiento yaseo. |  |  |
| 2.9 | Dispone de servicios sanitarios y duchas en cantidad suficiente, para el personal que labora, separados por género y debidamente dotados (toallas, jabón, papel higiénico), en perfecto estado defuncionamiento y aseo. |  |  |
| 2.10 | Dispone de almacén organizado, señalizado y en buen estado de aseo y mantenimiento. |  |  |
| 2.11 | El área de cafetería presenta buenas condiciones de aseo ymantenimiento. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.12 | Dispone de cuarto de aseo y presenta buenas condiciones de limpieza y mantenimiento. |  |  |
| 2.13 | Los vehículos destinados al transporte de cuerpos están recubiertos en material de fácil lavado y desinfección; la zona para el transporte de los cuerpos está físicamente separada de la cabina del conductory tiene en lugar visible el nombre de la funeraria. |  |  |
| **3** | **CONDICIONES SANITARIAS** |  |  |
| 3.1 | El agua que utiliza es potable o presenta algún tipo de tratamiento, su suministro y presión son adecuados para todas las operaciones. |  |  |
| 3.2 | El tanque de almacenamiento de agua está protegido, es de capacidad suficiente, se limpia y desinfecta periódicamente. |  |  |
| 3.2 | El establecimiento cuenta con conexión al alcantarillado |  |  |
| 3.3 | Se realiza lavado y desinfección del área y equipos donde se realiza la preparación de cadáveres |  |  |
| 3.4 | La disposición de residuos líquidos se realiza previo tratamiento de los mismos |  |  |
| 3.5 | Existe área para el almacenamiento temporal de los desechos sólidos |  |  |
| 3.6 | Existen suficientes, adecuados, bien ubicados e identificados recipientes para recolección de basuras, dotados de bolsa plástica interior y tapa y se les hace mantenimiento diario |  |  |
| 3.7 | Existe un programa de gestión integral de desechos sólidos y líquidos, de acuerdo con lo contemplado en el Decreto 2676 de 2000 y la resolución 1164 de 2002. |  |  |
| 3.8 | Registre el nombre de la empresa recolectora de los residuos patógenos: Contrato No.  |  |  |
| 3.9 | Indique días de recolección:  |  |  |
| 3.10 | Cuenta con programa de control plagas |  |  |
| **4** | **CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL** |  |  |
| 4.1 | Se cuenta con programa de salud ocupacional, de higiene y seguridad industrial. |  |  |
| 4.2 | El personal que labora tiene certificado del esquema de vacunación completo, establecido para cada vacuna (hepatitis B, difteria ytétanos). |  |  |
| 4.3 | Se dispone de botiquín bien dotado y ubicado |  |  |
| 4.4 | Existe señalización y demarcación de áreas. |  |  |
| 4.5 | El personal cuenta con elementos de protección exclusivo para el desarrollo de su actividad: blusa y peto de caucho grueso, tapabocas, antejos de protección, mascara de filtros especiales paragases expelidos, doble par de guantes (látex y caucho grueso). |  |  |
| 4.5 | Existe zona y sistema para la esterilización del instrumental y de ropas utilizadas durante el proceso de embalsamiento |  |  |
| 4.6 | Las instalaciones eléctricas están debidamente aisladas y protegidas |  |  |
| 4.7 | Existen extintores de incendios cargados, debidamente señalizadosy con fecha vigente de carga. |  |  |

**5. EXIGENCIAS:**

Si hay un número alto de exigencias, favor escriba los numerales correspondientes a cada aspecto evaluado y cuya calificación haya sido UNO (1) o CERO (0); en caso contrario, escriba las exigencias correspondientes tomando en consideración las observaciones establecidas por usted en la columna de **OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**6. PLAZO:**

De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, para el cumplimiento de las anteriores exigencias se concede un plazo de días calendario a partir de la notificación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7.** | **CONCEPTO** |  |
| **FAVORABLE** | Cumple totalmente las condiciones sanitarias establecidas en la normatividad |
| **PENDIENTE** | Condicionado al cumplimiento de las exigencias dejadas en la presente acta y que no pongan en riesgo la salud humana. |
| **DESFAVORABLE** | No admite exigencias. Se procede a aplicar medidas sanitarias |

**OBSERVACIONES O MANIFESTACIONES DEL RESPONSABLE O REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO:**

**8. NOTIFICACIÓN:**

Para constancia, previa lectura del contenido de la presente acta, firman quienes intervinieron en la visita a los días del mes de del año en el municipio de .

**ESTA VISITA ES TOTALMENTE GRATUITA PARA EL USUARIO**

### EN NOMBRE DE LA SECRETARÍA DE SALUD: PERSONA QUE ATENDIÓ LA VISITA:

Firma: Firma:

Nombre: Nombre:

C.C.: C.C.:

Cargo: Cargo: