# ACTA DE VISITA No.

**PROVINCIA: MUNICIPIO FECHA:**

**IDENTIFICACION 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **ASPECTOS A VERIFICAR** | **CALIF** | **OBSERVACIONES** |
| **1.** | El establecimiento cuenta con privacidad y condiciones adecuadas de aislamiento y protección. |  |  |
| **2** | Las condiciones de iluminación natural y artificial son adecuadas y suficientes |  |  |
| **3** | El agua que se utiliza es de buena calidad su suministro y presión son adecuados para todas las operaciones. |  |  |
| **4** | Se cuenta con buena ventilación. |  |  |
| **5** | La mesa de autopsia poseé las características adecuadas para la realización de los elementos. |  |  |
| **6** | Las instalaciones eléctricas están debidamente aisladas y protegidas. |  |  |
| **7** | Existen productos químicos que para la inactivación de desechos sólidos y líquidos orgánicos de los cadáveres. |  | Cuales: |
| **8** | Existe un programa de gestión integral de residuos de acuerdo con contemplado en el Decreto 2676 de 2000?  Nombre empresa: Contrato No.: |  |  |
| **9** | Existe contrato de recolección y disposición de residuos especiales. |  |  |
| **10** | El personal cuenta con la dotación adecuada como guantes, botas, peto impermeable y tapabocas. |  | Cuales:  Estado: |
| **11** | Se cuenta con el instrumental necesario para la práctica de autopsias. |  | Cuales:  Estado: |

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**

**5. EXIGENCIAS:**

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

**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: