**ACTA DE VISITA No.**

**PROVINCIA: MUNICIPIO FECHA:**

**IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: \_NIT:

DIRECCIÓN: TELÉFONOS: E-MAIL:

REPRESENTANTE LEGAL: C.C. FECHA ÚLTIMA VISITA OFICIAL: No. DE ACTA CONCEPTO EMITIDO:

Número de empleados:

Operarios: Profesionales: Técnicos: Administrativos:

|  |
| --- |
| **TIPO DE ESTABLECIMIENTO** |
| **EXPENDIO** |  | **DEPÓSITO CON EXPENDIO** |  | **DEPÓSITO CON EXPENDIO** |  |

**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.** | **INSTALACIONES FÍSICAS Y SANITARIAS** |  |  |
| 1.1. | El establecimiento está aislado de focos de contaminación o insalubridady los alrededores libres de basuras o aguas estancadas. |  |  |
| 1.2 | Tiene el Permiso de Uso del Suelo y Certificado de Cámara de Comercio.(Solicitar el soporte físico para anexarlo al expediente) |  |  |
| 1.3 | El establecimiento cuenta con pisos y paredes construidos en materialcompacto, resistente e impermeable, de manera tal que permitan las labores de limpieza. |  |  |
| 1.4 | Las instalaciones eléctricas, de acueducto, de aguas servidas y demás servicios, tienen las seguridades técnicas para evitar que representen o se constituyan en riesgos de explosión, incendio, humedad ocontaminación con plaguicidas. |  |  |
| 1.5 | Las dependencias para preparación y/o consumo de alimentos, así como las oficinas, están aisladas de las zonas de operación con plaguicidas. |  |  |
| 1.6 | El establecimiento es independiente de la vivienda. |  |  |
| 1.7 | Dispone de servicios sanitarios en cantidad suficiente y debidamentedotados (toallas, jabón, papel higiénico), en perfecto estado de funcionamiento y aseo. |  |  |
| **2.** | **ZONA DE EXPENDIO DE PLAGUICIDAS** |  |  |
| 2.1 | Los envases y empaques se encuentran correctamente etiquetados. |  |  |
| 2.2 | Los envases y empaques se encuentran con cierres herméticos y/o bien ajustados. |  |  |
| 2.3 | Los envases y empaques se almacenan sin contacto directo con el piso. |  |  |
| 2.4 | Los productos plaguicidas se encuentran almacenados separados portipo de aplicación y categorías toxicológicas. Los herbicidas están separados de otros plaguicidas. |  |  |
| 2.5 | Los estantes están señalizados y demarcados por producto y categoría toxicológica. |  |  |
| 2.6 | Se almacenan plaguicidas que están registrados oficialmente. |  |  |
| 2.7 | La ventilación e iluminación son adecuadas en cantidad y calidad. |  |  |
| 2.8 | El establecimiento comercializa plaguicidas Categoría Toxicológica I y II completamente aislados con barrera física de otras actividades de ventade misceláneos. |  |  |
| 2.9 | El establecimiento comercializa plaguicidas Categoría Toxicológica III yIV debidamente separados de otras actividades de venta de misceláneos. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ASPECTOS A VERIFICAR** | **CALIF** | **OBSERVACIONES** |
| **3.** | **ZONA DE DEPOSITO DE PLAGUICIDAS** |  |  |
| 3.1 | Los envases y empaques se encuentran correctamente etiquetados. |  |  |
| 3.2 | Los envases y empaques se encuentran con cierres herméticos y/o bienajustados. |  |  |
| 3.3 | Los envases y empaques se almacenan sin contacto directo con el piso. |  |  |
| 3.4 | Los plaguicidas se almacenan separados por tipo de aplicación y categorías toxicológicas. Los herbicidas están separados de otrosplaguicidas. |  |  |
| 3.5 | Los plaguicidas se encuentran ubicados en estantes demarcados yseñalizados. |  |  |
| 3.6 | La ventilación e iluminación son adecuadas en cantidad y calidad. |  |  |
| 3.7 | Cuenta con un área de trabajo destinada a manipular los envases rotos y efectuar la recuperación en caso de roturas accidentales. |  |  |
| **4.** | **PERSONAL** |  |  |
| 4.1 | El personal cuenta con la ropa de trabajo adecuado para el desarrollo desu actividad. |  |  |
| 4.2 | El personal cuenta con la dotación básica de guantes (de acuerdo alriesgo de manejo) y equipos de protección respiratoria, ocular, auditiva o dérmica cuando el riesgo lo requiera. |  |  |
| 4.3 | Al personal se le realiza exámenes de ingreso, egreso y periódicos ocupacionales de acuerdo al riesgo que implica la manipulación deplaguicidas. |  |  |
| 4.4 | El personal está capacitado en el Uso y Manejo de Plaguicidas dictadapor el Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA con una intensidad de 60 horas. |  |  |
| **5** | **CONTROL DE PLAGAS** |  |  |
| 5.1 | Se evidencia presencia de plagas (Roedores-plaga o insectos) |  |  |
| 5.2 | Cuenta con un programa de control de artrópodos-plaga y roedores |  |  |
| **6** | **SEGURIDAD EN INSTALACIONES Y SALUD LABORAL** |  |  |
| 6.1 | Existen extintores con carga, debidamente señalizados y con fecha vigente de carga. |  |  |
| 6.2 | Se dispone de botiquín bien dotado y ubicado. |  |  |
| 6.3 | Se dispone de la lista de teléfonos de emergencia. |  |  |
| 6.4 | Dispone de duchas de seguridad y lava-ojos ubicados en lugares estratégicos para casos de emergencia. |  |  |
| 6.5 | El establecimiento cuenta con la señalización necesaria. |  |  |
| 6.6 | Dispone del Sistema General de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST (antes denominado Programa de Salud Ocupacional) |  |  |
| 6.7 | Dispone de las Hojas de Seguridad de los productos almacenados. |  |  |
| 6.8 | Se dispone de kit (material absorbente, bolsa plástica, escoba ypala/recogedor) para la recolección de derrames de plaguicidas. |  |  |
| 6.9 | Programa completo para prevención y tratamiento de casos deemergencia para ser aplicado por personal debidamente capacitado. |  |  |
| 6.10 | Cuenta con contrato para el servicio tratamiento y/o disposición final con gestores de residuos peligrosos que cuenten con las licencias, permisos, autorizaciones o demás instrumentos de manejo y control ambiental aque haya lugar, de conformidad con la normatividad vigente. |  |  |

**7. 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.

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

**8. 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9. | **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 ponganen riesgo la salud humana. |
|  |
| **Desfavorable** | No admite exigencias. Se procede a aplicar medidas sanitarias. |

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

**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: