"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así́ mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico  [habeasdata@saludpública.gov.co](mailto:habeasdata@saludpública.gov.co)"

**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: \_\_\_\_\_\_ Administrativos: \_\_\_\_\_\_ Total empleados: \_\_\_\_ Radicado y fecha de solicitud visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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 FISICAS Y SANITARIAS |  |  |
| 1.1. | El establecimiento está aislado de focos de contaminación o insalubridad y los alrededores libres de basuras o aguas estancadas. |  |  |
| 1.2 | Tiene el Permiso de Uso del Suelo vigente.  Fecha expedición y No. Acto Administrativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 1.3 | Tiene Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio, donde se relacione la dirección del local objeto de inspección sanitaria. |  |  |
| 1.4 | Tiene Concepto técnico del Cuerpo de Bomberos (oficial o voluntarios). |  |  |
| 1.5 | El establecimiento cuenta con pisos y paredes construidos en material compacto, resistente e impermeable, de manera tal que permitan las labores de limpieza. |  |  |
| 1.6 | Cuenta con los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo. |  |  |
| 1.7 | Los sistemas de: electricidad, acueducto, alcantarillado, gas domiciliario y demás servicios, tienen las seguridades técnicas para evitar que representen o se constituyan en riesgos de explosión, incendio, humedad o contaminación. |  |  |
| 1.8 | Las dependencias para preparación y/o consumo de alimentos, así como las oficinas, están aisladas de las zonas de operación con productos químicos. |  |  |
| 1.9 | El establecimiento es independiente de la vivienda. |  |  |
| 1.10 | Dispone de servicios sanitarios en cantidad suficiente y debidamente dotados (toallas, jabón, papel higiénico), en perfecto estado de funcionamiento y aseo. |  |  |
| **2.** | ZONA DE DEPOSITO DE PRODUCTOS QUÍMICOS |  |  |
| 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 químicos se almacenan de acuerdo a la matriz de compatibilidad química. |  |  |
| 2.5 | Los productos químicos se encuentran ubicados en estantes demarcados y señalizados. |  |  |
| 2.6 | Los estantes están señalizados y demarcados por tipo de producto. |  |  |
| 2.7 | La ventilación es adecuada en cantidad y calidad.  Artificial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 2.8 | La iluminación es adecuada en cantidad y calidad.  Artificial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 2.9 | Cuenta con un área de trabajo destinada a manipular los envases rotos y efectuar la recuperación en caso de roturas accidentales (manejo de no conformes). |  |  |
| **3.** | PERSONAL |  |  |
| 3.1 | El personal cuenta con la dotación adecuada para el desarrollo de su actividad. |  |  |
| 3.2 | El personal cuenta con la dotación básica de guantes (de acuerdo al riesgo de manejo) y equipos de protección respiratoria, ocular, auditiva o dérmica cuando el riesgo lo requiera. |  |  |
| 3.3 | Al personal se le realiza exámenes de ingreso, egreso y periódicos ocupacionales practicados al personal. |  |  |
| 3.5 | El personal está capacitado en el manejo de productos químicos y riesgos generados en dicha actividad. |  |  |
| 3.6 | Se evidencia el pago de aportes a seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales. |  |  |
| **4.** | **CONTROL DE PLAGAS** |  |  |
| 4.1 | Se evidencia presencia de plagas (Roedores-plaga o insectos) |  |  |
| 4.2 | Cuenta con un programa de control de artrópodos-plaga y roedores |  |  |
| **5.** | **SEGURIDAD EN INSTALACIONES Y SALUD LABORAL** |  |  |
| 5.1 | Existen extintores con carga, debidamente señalizados y con fecha vigente de carga. |  |  |
| 5.2 | Se dispone de botiquín bien dotado y ubicado. |  |  |
| 5.3 | Se dispone de la lista de teléfonos de emergencia de entidades de apoyo de la zona. |  |  |
| 5.4 | Dispone de duchas de seguridad y lava-ojos ubicados en lugares estratégicos para casos de emergencia. |  |  |
| 5.5 | El establecimiento cuenta con demarcación de áreas de almacenamiento y tránsito de personas, señalización de áreas de trabajo y ruta de evacuación. |  |  |
| 5.6 | Dispone del Sistema General de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST (antes denominado Programa de Salud Ocupacional) |  |  |
| 5.7 | Dispone de las Hojas de Seguridad de los productos almacenados, considerando que de acuerdo con la normatividad deben contener información en el idioma oficial del país. |  |  |
| 5.8 | Se dispone de kit (material absorbente, bolsa plástica, escoba y pala/recogedor) para la recolección de derrames. |  |  |
| 5.9 | Programa completo para prevención y tratamiento de casos de emergencia para ser aplicado por personal debidamente capacitado, el cual debe realizarse con base en una evaluación de riesgos específicos de la empresa. |  |  |
| 5.10 | Cuenta con una matriz de compatibilidad química para los productos almacenados. |  |  |
| 5.11 | Se evidencia el almacenamiento con base en la matriz de compatibilidad química. |  |  |
| 5.12 | 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 a que haya lugar, de conformidad con la normatividad vigente. |  |  |
| 5.13 | Se evidencian actas o registros de disposición final de residuos peligrosos por parte del gestor relacionado en el ítem anterior. |  |  |

6. OBSERVACIONES ADICIONALES:

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

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 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 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_