“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  habeasdatasubproceso@cundinamarca.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:

 Aplicadores de plaguicidas: \_\_\_\_\_\_ Administrativos: \_\_\_\_\_ Total empleados: \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Radicado y fecha de solicitud visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |  |

EVALUACIÓN DE DOCUMENTOS

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. **SI** y **NO** cuando el aspecto no sea objeto de concepto.

|  | ASPECTOS A VERIFICAR | **CALIF** | OBSERVACIONES |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | DOCUMENTOS GENERALES |  |  |
| 1.1 | Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio, donde se relacione la dirección del local objeto de inspección sanitaria. |  |  |
| 1.2 | Permiso de Uso del Suelo expedido por la oficina de Planeación del municipio, conforme al numeral 1 del Artículo 87 de la Ley 1801 de 2016. Fecha expedición y No. Acto Administrativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 1.3 | Póliza de cumplimiento ante una compañía de seguros en la cuantía que fije la Dirección Seccional de Salud |  |  |
| 1.4 | Concepto técnico del Cuerpo de Bomberos (oficial o voluntarios).  |  |  |
| 1.5 | Contrato de servicios de un profesional y hoja de vida correspondiente de la persona que hace las veces de Asistente Técnico que acredite título universitario y capacitación y entrenamientos específicos, quien debe estar inscrito en la Secretaría de Salud de Cundinamarca, de acuerdo a los Artículos 108 y 109 del Decreto 1843 de 1991. |  |  |
| 1.6 | Diagrama de las instalaciones del local donde funciona la empresa aplicadora de plaguicidas. |  |  |
| 1.7 | Facturas de compra de productos plaguicidas de los dos años inmediatamente anteriores a la visita (si es visita de seguimiento o renovación concepto sanitario).  |  |  |
| 1.8 | Se evidencian actas o registros de disposición final de residuos peligrosos por parte del gestor (Solo para renovación) |  |  |
| 2. | PERSONAL |  |  |
| 2.1 | Comprobante de pago de aportes a seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales. |  |  |
| 2.2 | Copia de los exámenes de ingreso, egreso y periódicos ocupacionales practicados al personal. |  |  |
| 2.3 | Copia de los análisis de laboratorio, que correspondan como indicadores a los diferentes tipos de plaguicidas manipulados. |  |  |
| 2.4 | Certificado o Diploma del curso en el Uso y Manejo de Plaguicidas con una intensidad de 60 horas (expedido por una entidad autorizada por la ley) |  |  |
| 2.5 | Registro de entrega de dotación y elementos de protección personal a los aplicadores. (si es visita de seguimiento o renovación concepto sanitario) |  |  |
| 2.6 | Certificado de las capacitaciones en las diferentes técnicas y prácticas para el control de plagas. |  |  |
| **3.** | DOCUMENTOS GENERALES NO SUJETOS A CONCEPTO |  |  |
| 3.1 | Dispone del Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo SG-SST (antes denominado Programa de Salud Ocupacional). | Si\_\_\_\_No\_\_\_ |  |
| 3.2 | Permisos ambientales  |  |  |
| 3.1.1 Concesión de aguas.  | Si\_\_\_\_No\_\_\_ |  |
| 3.1.2 Permiso de vertimiento otorgado por la autoridad ambiental competente. | Si\_\_\_\_No\_\_\_ |  |
| **4.** | DOCUMENTOS TÉCNICOS |  |  |
| 4.1 | Protocolo de almacenamiento de plaguicidas. |  |  |
| 4.2 | Protocolo de transporte de plaguicidas, personal, máquinas y herramientas. |  |  |
| 4.3 | Protocolos de aplicación de plaguicidas. |  |  |
| 4.3.1 | Protocolo de control de plagas en áreas o empresas de preparación de alimentos (Industrias de alimentos, restaurantes, panaderías, cafeterías, comidas rápidas, plazas de mercado y relacionadas). |  |  |
| 4.3.2 | Protocolo de control de plagas en áreas o empresas de expendio o venta de alimentos empacados. (Supermercados, tiendas, cigarrerías, licoreras) |  |  |
| 4.3.3 | Protocolo de control de plagas en centros educativos. (Escuelas, colegios, universidades y demás centros educativos) |  |  |
| 4.3.4 | Protocolo de control de plagas en empresas prestadoras de salud y relacionadas con producción y venta de medicamentos. (Hospitales, IPS, puestos de salud, industria farmacéutica y droguerías)  |  |  |
| 4.3.5 | Protocolo de control de plagas en áreas públicas. ( calles, parques, plazas) |  |  |
| 4.3.6 | Protocolo de control de plagas en centros de congregación masiva de personas. (Aeropuertos, terminales de buses, coliseos, centros vacacionales etc.) |  |  |
| 4.3.7 | Protocolo de control de plagas en oficinas y centros de trabajo (industrias, empresas, bodegas; entre otras) |  |  |
| 4.3.8 | Protocolo de control de plagas en vehículos (Transporte de alimentos, pasajeros y otros) |  |  |
| 4.3.9 | Protocolo de control de plagas en viviendas y edificios de unidades habitacionales. |  |  |
| 4.4 | Protocolo del diagnóstico a realizar, previo a determinar el tipo de medidas a ejecutar para el control de plagas en el establecimiento. |  |  |
| 4.5 | 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. |  |  |
| 4.5.1 | Análisis y Evaluación de los riesgos de la empresa, dentro y fuera de las instalaciones. |  |  |
| 4.5.2  | Planes operativos detallados para los riesgos más significativos. |  |  |
| 4.5.3 | Lista de entidades de apoyo de todas las zonas, en donde se realicen trabajos. |  |  |
| 4.6 | Información que suministra al cliente antes – durante – después de realizar el control de plagas.  |  |  |
| 4.7 | Lista de maquinaria y equipos usados en la empresa.  |  |  |
| 4.8 | Lista de productos plaguicidas utilizados en la empresa, que incluya categoría toxicológica y registro sanitario. |  |  |
| 4.9 | Lista del personal encargado de realizar las actividades de fumigación y control de plagas, con su número de cedula.  |  |  |
| 4.10 | Descripción del sistema de tratamiento realizado a las aguas contaminadas provenientes del lavado de los equipos de aplicación y de protección personal, junto al certificado de disposición con empresa gestora autorizada y registro respectivo de cada cambio de filtro, conforme a la vida útil estimada en el diseño.Si recoge toda el agua contaminada y no realiza vertimiento, debe describir el procedimiento realizado y presentar las actas de la empresa que realiza la disposición final. (si es visita de seguimiento o renovación concepto sanitario) |  |  |

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 |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.** | INSTALACIONES FISICAS Y SANITARIAS |  |  |
| 5.1 | El establecimiento está aislado de focos de contaminación o insalubridad y los alrededores libres de basuras o aguas estancadas. |  |  |
| 5.2 | El establecimiento cuenta con pisos y paredes construidos en material compacto, resistente e impermeable, de manera tal que permitan las labores de limpieza. |  |  |
| 5.3 | Cuenta con los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo. |  |  |
| 5.4 | 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 con plaguicidas. |  |  |
| 5.5 | Las dependencias para preparación y/o consumo de alimentos, así como las oficinas, están aisladas de las zonas de operación con plaguicidas. |  |  |
| 5.6 | El establecimiento es independiente de la vivienda. |  |  |
| 5.7 | Dispone de servicios sanitarios en cantidad suficiente y debidamente dotados (toallas, jabón, papel higiénico), en perfecto estado de funcionamiento y aseo. |  |  |
| 5.8 | Ducha de agua caliente para operaciones de higiene personal apropiada ( Si la temperatura ambiente es menor o igual a 18 ºC) |  |  |
| 5.9 | Las puertas tienen características apropiadas para facilitar la evacuación del personal en caso de emergencia o desastre, las cuales no podrán mantenerse obstruidas o con seguro durante las jornadas de trabajo. Conforme al artículo 96 de la Ley 9 de 1979. |  |  |
| 5.10 | Las salidas de emergencia se encuentran claramente señalizadas. |  |  |
| **6.** | ZONA DE DEPOSITO DE PLAGUICIDAS |  |  |
| 6.1 | Los envases y empaques se encuentran correctamente etiquetados. |  |  |
| 6.2 | Los envases y empaques se encuentran con cierres herméticos y/o bien ajustados. |  |  |
| 6.3 | Los envases y empaques se almacenan sin contacto directo con el piso. |  |  |
| 6.4 | Los plaguicidas se almacenan separados por tipo de aplicación y categorías toxicológicas. Los herbicidas están separados de otros plaguicidas. |  |  |
| 6.5 | Los plaguicidas se encuentran ubicados en estantes demarcados y señalizados. |  |  |
| 6.6 | Se almacenan plaguicidas que están registrados oficialmente. |  |  |
| 6.7 | La ventilación es adecuada en cantidad y calidad.Artificial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 6.8 | La iluminación es adecuada en cantidad y calidad.Artificial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 6.9 | Cuenta con un área de trabajo y/o recipiente exclusivo, destinado a manipular los envases rotos y efectuar la recuperación en caso de roturas accidentales (manejo de no conformes). |  |  |
| **7.** | CONDICIONES LOCATIVAS |  |  |
| 7.1 | Cuenta con área de vestier separada de las demás áreas. |  |  |
| 7.2 | Cuenta con Área de lavado de equipos y herramientas, dotado con sistema de tratamiento previo al vertimiento y/o recolección para disposición final. |  |  |
| 7.3 | Cuenta con zona de almacenamiento de equipos, herramientas y otros materiales que requiera para la prestación de sus servicios.  |  |  |
| 7.4 | Cuenta con zona de almacenamiento y/o recipiente exclusivo para los residuos peligrosos, debidamente identificado. |  |  |
| 7.6 | Si cuenta con zona de atención al público (no obligatorio), la misma debe ser separada de las demás áreas. |  |  |
| **8.** | **CONTROL DE PLAGAS** |  |  |
| 8.1 | El establecimiento se encuentra sin presencia de plagas (Roedores-plaga o insectos) |  |  |
| 8.2 | Cuenta con un programa de control de artrópodos-plagas y roedores |  |  |
| **9.** | **SEGURIDAD EN INSTALACIONES Y SALUD LABORAL** |  |  |
| 9.1 | El personal cuenta con la dotación básica de guantes (de acuerdo al riesgo de manejo) y equipos de protección respiratoria específica, ocular, auditiva o dérmica cuando el riesgo lo requiera. |  |  |
| 9.2 | Existen extintores con carga vigente, debidamente señalizados  |  |  |
| 9.3 | Se dispone de botiquín bien dotado y ubicado. |  |  |
| 9.4 | Dispone de duchas de seguridad y lava-ojos ubicados en lugares estratégicos para casos de emergencia. |  |  |
| 9.5 | El establecimiento cuenta con demarcación de áreas de almacenamiento y tránsito de personas, señalización de áreas de trabajo y ruta de evacuación. |  |  |
| 9.6 | Dispone de las Hojas de Seguridad de manera física en idioma español, de los productos almacenados. |  |  |
| 9.7 | Se dispone de kit (material absorbente, bolsa plástica, escoba y pala/recogedor) para la recolección de derrames de plaguicidas ubicado en el establecimiento. |  |  |
| 9.8 | Se dispone de kit portátil (material absorbente, bolsa plástica, escoba y pala/recogedor) para la recolección de derrames de plaguicidas durante la prestación del servicio de control de plagas. |  |  |
| Lista productos encontrados durante la inspección (nombre comercial-categoría toxicológica):

|  |  |
| --- | --- |
| RODENTICIDAS: |  |
| INSECTICIDAS: |  |
| FUNGICIDAS: |  |
| OTROS: |  |

 |

Lista equipos de aplicación de plaguicidas encontrados durante la inspección

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO** | **CANTIDAD** | **CAPACIDAD**  | **MARCA** | **MODELO** | **FECHA MANTENIMIENTO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

10. OBSERVACIONES ADICIONALES:

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

11. 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.

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

12. 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 13. | **SE RECOMIENDA EXPEDIR 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

Funcionario 1

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Funcionario 2

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_