“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](mailto:habeasdatasubproceso@cundinamarca.gov.co)"

**ACTA DE VISITA No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

PROVINCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DEL CULTIVO:

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELÉFONOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CULTIVO DE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EXTENSIÓN DEL CULTIVO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de empleados: Operarios: \_\_\_\_\_\_\_\_ Fumigadores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Comercial de Plaguicidas utilizados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

FECHA ÚLTIMA VISITA OFICIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. DE ACTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CONCEPTO EMITIDO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EVALUACION 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.** | ALMACENAMIENTO DE PLAGUICIDAS |  |  |
| 1.1 | Se dispone de un área exclusiva para el almacenamiento de plaguicidas. |  |  |
| 1.2 | Esta área cuenta con pisos y paredes construidos en material compacto, resistente e impermeable, de manera tal que permitan las labores de limpieza. |  |  |
| 1.3 | Los envases y empaques se encuentran correctamente etiquetados, con cierres herméticos y/o bien ajustados. |  |  |
| 1.4 | Los envases y empaques se encuentran almacenados sin contacto directo con el piso. |  |  |
| 1.5 | Se aplican plaguicidas que están registrados oficialmente. (Solicitar la lista de plaguicidas utilizados para anexarlo al expediente) |  |  |
| 1.6 | La ventilación e iluminación son adecuadas en cantidad y calidad. |  |  |
| **2.** | ALMACENAMIENTO DE EQUIPOS DE APLICACIÓN |  |  |
| 2.1 | Se cuenta con un área adecuada para el almacenamiento de los equipos de aplicación. |  |  |
| 2.2 | Equipos de aplicación que utilizan: Bomba manual: \_\_\_\_\_ Sistema de fumigación: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **3.** | AREA DE PREPARACIÓN DE PRODUCTOS |  |  |
| 3.1 | Existe un área adecuada para el pesaje y mezcla de productos a aplicar. |  |  |
| 3.2 | Se cuenta con los utensilios para el pesaje y mediciones volumétricas de productos a aplicar. |  |  |
| 3.3 | Se tienen precauciones de no contaminar el suelo o fuentes de agua al realizar el pesaje y las mezclas de plaguicidas. |  |  |
| 3.4 | Se dispone de los utensilios necesarios y exclusivos para realizar las mezclas de plaguicidas. |  |  |
| **4.** | **APLICACIÓN DE PLAGUICIDAS** |  |  |
| 4.1 | Se respetan las franjas de seguridad en relación a cuerpos o cursos de agua, carreteras troncales, núcleos de población humana y animal o cualquier otra área que requiera protección especial. |  |  |
| 4.2 | Se dispone de señales de precaución para colocarlas en el cultivo cuando se realiza la aplicación de plaguicidas. |  |  |
| **5.** | ÁREA DE LAVADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, UTENSILIOS DE TRABAJO Y EQUIPOS |  |  |
| 5.1 | Se cuenta con un área adecuada para el lavado de elementos de protección personal, utensilios de trabajo y equipos de aplicación. |  |  |
| 5.2 | La ropa de trabajo se lava separada de la ropa de la familia. |  |  |
| **6.** | **DISPOSICIÓN DE DESECHOS PELIGROSOS** |  |  |
| 6.1 | Se realiza el triple lavado a los envases vacíos de plaguicidas y se perforan. |  |  |
| 6.2 | Participa en planes de devolución pos-consumo de los residuos peligrosos como envases y empaques vacíos de plaguicidas. |  |  |
| **7.** | PERSONAL |  |  |
| 7.1 | El personal cuenta con el equipo de protección personal completo y adecuado para realizar las actividades relacionadas con el uso y manejo de plaguicidas (equipos de protección respiratoria, ocular, auditiva, overol impermeable con capucha, botas de caucho y guantes). |  |  |
| 7.2 | Al personal se le realiza exámenes de ingreso, egreso y periódicos ocupacionales. |  |  |
| 7.3 | El personal aplicador está capacitado en el Uso y Manejo de Plaguicidas dictado por el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA. |  |  |
| 7.4 | El personal que fumiga cuenta con carné de aplicador de plaguicidas. |  |  |
| **8.** | **SEGURIDAD Y SALUD LABORAL** |  |  |
| 8.1 | Se dispone de botiquín bien dotado y ubicado. |  |  |
| 8.2 | Existen extintores con carga, debidamente señalizados y con fecha vigente de carga. |  |  |
| 8.3 | Al terminar la jornada de fumigación los trabajadores se duchan y se cambian de ropa. |  |  |
| 8.4 | Se dispone de kit (material absorbente, bolsa plástica, escoba y pala/recogedor) para la recolección de derrames de plaguicidas. |  |  |

9. 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.

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

10. 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.

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

*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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_