"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"

# ACTA DE VISITA No.

**PROVINCIA: MUNICIPIO: FECHA:**

**IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE /RAZÓN SOCIAL: NIT: DIRECCIÓN: TELÉFONOS: E-MAIL: REPRESENTANTE LEGAL C.C NÚMERO DE EMPLEADOS:

Operarios que manipulan plaguicidas: Administrativos: Total empleados:

|  |
| --- |
| **CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA** |
| **FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN** | día / mes /año |  | FAVORABLE |  |  |
| **N° ACTA DE ULTIMA VISITA** |  | **TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA** | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | **% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN** | % |
| PENDIENTE |
|  |  | DESFAVORABLE |  |  |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA VISITA** |
| PROGRAMACIÓN |  | SOLICITUD DEL INTERESADO |  | ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS |  |
| SOLICITUD OFICIAL |  | EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA |  | PROCESO SANCIONATORIO |  |
| OTRO |  | ESPECIFIQUE |  |
| NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DEL INTERESADO O ASOCIADO A PQR |  |

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

**EVALUACIÓN SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO**

Para calificar, haga uso de una “X” en el espacio deseado. Califique con **C (Cumplido)** cuando se cumpla totalmente con el aspecto descrito; con **PC (Parcialmente cumplido),** cuando este sea cumplido parcialmente; con **NC (No cumplido)** cuando no lo cumpla; cuando el aspecto no sea aplicable se debe calificar como **C (Cumplido)** y cuando el aspecto no sea observable se debe calificar como **NC (No cumplido)**.

En caso de que el establecimiento cuente con depósito y expendio de plaguicidas, la sección 4 deberá contemplar la evaluación de las dos zonas. Si por el contrario, solo cuenta con expendio o depósito, la sección 4 únicamente evaluará esta zona.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ASPECTOS POR VERIFICAR** | **CALIFICACIÓN** | **OBSERVACIONES** |
| **1.** | **DOCUMENTOS GENERALES** | **BLOQUE 1 = 23 %** |
| **C** | **PC** | **NC** |
| **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. | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
| **1.2** | Permiso de Uso del Suelo expedido por la oficina de Planeación del municipio, el cual establece que cumple con las disposiciones del Plan Básico de Ordenamiento Territorial para el desarrollo de la actividad conforme al numeral 1 del Artículo 87 de la Ley 1801 de 2016.Fecha expedición y No. Acto Administrativo: | 5.0% | 2.5% | 0.0% |  |
| **1.3** | Concepto técnico del Cuerpo de Bomberos (oficial o voluntarios). | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
| **1.4** | Diagrama de las instalaciones del local indicando las zonas de almacenamiento donde se ubican los plaguicidas tanto en el expendio como en el depósito. | 1.0% | 0.5% | 0.0% |  |
| **1.5** | Se evidencian registros de participación en los planes de devolución de envases post consumo de plaguicidas con un gestor autorizado. | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
| **1.7** | Programa completo para prevención y tratamiento de casos de emergencia para ser aplicado por personal debidamente capacitado. | 10 % |  |
| **1.7.1** | Análisis y Evaluación de los riesgos de la empresa, dentro y fuera de las instalaciones. | 4.0% | 2.0% | 0.0% |  |
| **1.7.2** | Planes operativos detallados para los riesgos más significativos. | 4.0% | 2.0% | 0.0% |  |
| **1.7.3** | Lista de entidades de apoyo del municipio para emergencias publicada | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
| **1.8** | Listado de productos plaguicidas con su respectivo registro sanitario y cantidad vendida por unidad de tiempo (día, semana o mes) | 1.0% | 0.5% | 0.0% |  |
|  | **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** |  | % |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **PERSONAL** | **BLOQUE 2** = **16 %** | **OBSERVACIONES** |
| **C** | **PC** | **NC** |
| **2.1** | El personal cuenta con la con la ropa de trabajo adecuada (guantes, overol y/o bata) y la dotación básica de equipos de protección respiratoria, ocular, auditiva o dérmica cuando el riesgo lo requiera. | 7.0 % | 3.5 % | 0.0% |  |
| **2.2** | Al personal se le realiza exámenes médicos ocupacionales de ingreso, egreso y periódicos, que correspondan a **manipulador de plaguicidas** en donde se relacionan los exámenes de laboratorio practicados. (Colinesterasa eritrocìtica para organofosforados y carbamatos, piretroides en orina para piretroides y tiempo de protrombina para productos cumarínicos) | 5.0% | 2.5% | 0.0% |  |
| **2.3** | El personal está capacitado en el Uso y Manejo de Plaguicidas con una intensidad de 60 horas dictada por una institución educativa autorizada. (art. 173, Decreto 1843 de 1991) | 4.0% | 2.0% | 0.0% |  |
|  | **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** |  | % |
| **3.** | **INSTALACIONES FÍSICAS Y SANITARIAS** | **BLOQUE 3** = **15 %** | **OBSERVACIONES** |
| **C** | **PC** | **NC** |
| **3.1** | El establecimiento está aislado de focos de contaminación o insalubridad y los alrededores libres de basuras o aguas estancadas. | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
| **3.2** | El establecimiento cuenta con pisos y paredes construidos en material compacto, resistente e impermeable, de manera tal que permitan las labores de limpieza. | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
| **3.3** | 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 o contaminación con plaguicidas. | 3.0% |  | 0.0% |  |
|  | Crítico |
| **3.4** | Las dependencias para preparación y/o consumo de alimentos están aisladas de las zonas de operación con plaguicidas. | 3.0% | 0.0% |  |  |
| Crítico |
| **3.5** | El establecimiento es independiente de la vivienda. | 3.0% | 0.0% |  | Crítico |
| **3.6** | Dispone de servicios sanitarios en cantidad suficiente y debidamente dotados (toallas, jabón, papel higiénico), en perfecto estado de funcionamiento y aseo. | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
|  | **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** |  | % |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **ZONA DE EXPENDIO DE PLAGUICIDAS - ZONA DE DEPOSITO DE****PLAGUICIDAS** | **BLOQUE 4 = 32 %** | **OBSERVACIONES** |
| **C** | **PC** | **NC** |
| **4.1** | Los envases y empaques se encuentran correctamente etiquetados, con cierres herméticos y/o bien ajustados. | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
| **4.2** | Los envases y empaques se almacenan sin contacto directo con el piso. | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
| **4.3** | Los plaguicidas se almacenan separados por tipo de aplicación y categorías toxicológicas. Los herbicidas están separados de otros plaguicidas. | 4.0% | 2.0% | 0.0% |  |
| **4.4** | Los plaguicidas se encuentran ubicados en estantes demarcados y señalizados ycon base en lo establecido en la matriz de compatibilidad química.(Verificar matriz publicada) | 7.0% | 3.5% | 0.0% |  |
| **4.5** | Se almacenan plaguicidas que están registrados oficialmente. (soportado con la lista presentada en el numeral 1.8) | 5.0 % |  | 0.0% |  |
|  | Crítico |
| **4.6** | La ventilación e iluminación son adecuadas en cantidad y calidad. | 4.0% | 2.0% | 0.0% |  |
| **4.7** | El establecimiento comercializa plaguicidas debidamente separados de otras actividades de venta de misceláneos. | 6.0 % |  | 0.0 % |  |
|  | Crítico |
| **4.8** | Cuenta con un sistema y/o área de trabajo destinada a manipular los envases rotosy efectuar la recuperación en caso de roturas accidentales. | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
|  | **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** |  | % |
| **5.** | **SEGURIDAD EN INSTALACIONES Y SALUD LABORAL** | **BLOQUE 5 = 12 %** | **OBSERVACIONES** |
| **C** | **PC** | **NC** |
| **5.1** | Existen extintores con carga vigente y debidamente señalizados | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
| **5.2** | Se dispone de botiquín bien dotado y ubicado. | 1.0% | 0.5% | 0.0% |  |
| **5.4** | Dispone de duchas de seguridad y lava-ojos ubicados en lugares estratégicos para casos de emergencia. | 3.0% | 1.5% | 0.0% |  |
| **5.5** | El establecimiento cuenta con la señalización necesaria. | 1.0% | 0.5% | 0.0% |  |
| **5.6** | Dispone de las Hojas de Seguridad de los productos almacenados y/ocomercializados | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
| **5.7** | Se dispone de kit (material absorbente, bolsa plástica, escoba y pala/recogedor) para la recolección de derrames de plaguicidas. | 3.0% | 1.5% | 0.0% |  |
|  | **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** |  | % |
| **6.** | **CONTROL DE PLAGAS** | **BLOQUE 6 = 2 %** | **OBSERVACIONES** |
| **C** | **PC** | **NC** |
| **6.1** | El establecimiento se encuentra sin presencia de plagas (Roedores-plaga o insectos)y cuenta con un programa de control de estas. | 2.0% | 1.0% | 0.0% |  |
|  | **CALIFICACIÓN DEL BLOQUE** |  |  |  | % |
|  | **8. EXIGENCIAS:** |  |

Si hay un alto número de exigencias, favor escriba los numerales correspondientes a cada aspecto evaluado y cuya calificación haya sido parcialmente cumplidos o no cumplidos, en caso contrario, escriba las exigencias correspondientes tomando en consideración las observaciones establecidas por usted en la columna de OBSERVACIONES.

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

**9. 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **10.** | **SE RECOMIENDA EXPEDIR CONCEPTO DE VISITA** |  |
|  | **% DE CUMPLIMIENTO** | **CONCEPTO.** Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir. | **NIVEL DE CUMPLIMIENTO** |
|  | % | **FAVORABLE** | 95%-100% |
| **FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS** | 85%-94.5% |
| **PENDIENTE** | 50%-84.5% |
| **DESFAVORABLE** | < 49,5% |

\*\*En caso de que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como “crítico”, independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

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

**12. 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: