ACTA No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.

|  |  |
| --- | --- |
| MUNICIPIO: | FECHA: |
| RAZON SOCIAL: | NIT: |
| Representante Legal: | C.C. |
| Dirección: | Teléfono: |
| Correo electrónico: |  |
| Matricula Cámara y Comercio Nº. | Fecha: |
| Tipo de Establecimiento: |

OBJETO DE LA VISITA

|  |  |
| --- | --- |
| Inspección Vigilancia Control | Queja Ciudadana |
| Requerimiento de otro organismo | Solicitud visita mediante oﬁcio |

SERVICIOS QUE PRESTA EL ESTABLECIMIENTO:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ASPECTOS A EVALUAR | SI | NO |
| Venta al detal medicamentos, otros productos y procedimientos autorizados (Ley 1122/2007) |  |  |
| Servicio de Inyectología (Dec. 2330/2006) |  |  |
| Dispensación de medicamentos dentro del sistema General de Seguridad Social en Salud Res. 1403/2007) |  |  |
| Consulta médica |  |  |

CONDICIONES HIGIENICO SANITARIAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REQUERIMIENTOS | EVAL | OBSERVACIONES |
| 1. Los PISOS, PAREDES Y TECHO del establecimiento son en material sanitario, impermeable, no tóxico, no poroso, no absorbente y de fácil lavado. |  |  |
| 2. Los pisos, techos y paredes presentan adecuado mantenimiento y limpieza |  |  |
| 3. Las condiciones de aireación e iluminación de las áreas, tanto naturales como artiﬁciales son adecuadas. |  |  |
| 4. El establecimiento cuenta con abastecimiento de agua, tanques de almacenamiento y protocolo de lavado de tanques. |  |  |
| 5. El piso del área de exposición presenta pendiente suﬁciente hacia el desagüe de recolección de aguas cuando se realice el aseo del mismo. |  |  |
| 6. El establecimiento cuenta con separación y señalización acorde a la norma: Administrativa, Almacenamiento, Recepción Técnica, Dispensación, Cuarentena (Próximos a Vencer, Vencidos y Rechazo) y Otros Productos. |  |  |
| 7. El establecimiento cuenta con servicios sanitario en buen estado de limpieza y aseo. |  |  |
| 8. Los detergentes, plaguicidas, jabones entre otros productos químicos usados para las actividades de limpieza y desinfección se encuentran ubicados en sitios de almacenamiento separados y/o sitios alejados de las zonas de exposición. |  |  |
| 9. Se realiza control de plagas? |  |  |
| 10. Nombre de la empresa autorizada por SST |  |  |

ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS O PRODUCTOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REQUERIMIENTOS | EVAL | OBSERVACIONES |
| 1. El área de almacenamiento de los medicamentos y otros productos, presentan un adecuado mantenimiento y limpieza. |  |  |
| 2. Tienen Termo higrómetro en buen estado y funcionando. |  |  |
| 3. Llevan el registro diario de control de temperatura y humedadRelativa. |  |  |
| 4. Se encontraron medicamentos y otros productos (Fitoterapeuticos, Homeopáticos y Suplementos Dietarios) vencidos. |  |  |
| 5. Se encontraron muestras medicas |  |  |
| 6. Se encontraron medicamentos rotulados con la leyenda “Uso exclusivo de IPS o EPS” |  |  |
| 7. Se encontraron medicamentos y otros productos (Fitoterapeuticos, Homeopáticos y Suplementos Dietarios) sin Registro Sanitario INVIMA. |  |  |
| 8. Se encontraron medicamentos y Otros Productos sin etiquetas |  |  |
| 9. Se encontraron medicamentos con etiquetas que no cumplen la normatividad vigente |  |  |
| 10. Se encontraron medicamentos franja violeta sin estar autorizado para su dispensación |  |  |
| 11. Se encontraron Medicamentos de Control Especial Monopolio del Estado. |  |  |
| 12. Se encontraron medicamentos y Otros Productos en mal estado de conservación |  |  |
| 13. Se encontraron medicamentos que requieren cadena de frío sin estarlo |  |  |

TALENTO HUMANO: DIRECTOR TECNICO DROGUERIAS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDOS | TITULO O PERMISO | RESOLUCION | FECHA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

RESPONSABLE TIENDA NATURISTA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDOS | ESCOLARIDAD | CERTIFICADO MANIPULADOR DE ALIMENTOS | ENTIDAD CERTIFICADA | PERSONAL ENTRENADO PRODUCTOS QUE EXPENDE |
|  |  | SI | NO |  | SI | NO |
|  |  | S I | NO |  | SI | NO |

PROCESOS DOCUMENTADOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REQUERIMIENTOS | EVAL | OBSERVACIONES |
| 1. Cuentan con el manual de procesos documentado e implementado con procedimientos de: Selección, Adquisición, Recepción Técnica y Almacenamiento |  |  |
| 2. Tiene y está aplicando el protocolo de Inyectologia. |  |  |
| 3. Cuenta con manual de Bioseguridad para la atención de la consulta. |  |  |

MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REQUERIMIENTOS | EVAL | OBSERVACIONES |
| 1. Cuenta con el documento PGIRHS. |  |  |
| 2. Se encuentra conformado el Grupo Administrativo De GestiónAmbiental Y Sanitaria y existe soporte del mismo. |  |  |
| 3. Cuentan con un (os) funcionario (s) encargados de la gestión de residuos? |  |  |
| 4. Cuenta con un Cronograma de actividades actualizado anualmente? |  |  |
| 5. El personal se encuentra capacitado en el Manejo Integral de Residuos y existe soportes de ello. |  |  |
| 6. La separación selectiva de los Residuos generados se encuentra acorde al código de colores |  |  |
| 7. Los recipientes desechables (Guardián de Bioseguridad) se encuentran bien ubicados y en óptimas condiciones de funcionamiento |  |  |
| 8. Cuentan con los recipientes reutilizables para depositar los residuos con bolsa interior y tapa? |  |  |
| 9. Desactivación: Al interior del establecimiento se aplican técnicas adecuadas para la Desactivación de los Residuos. |  |  |
| 10. El Movimiento interno de los residuos presenta rutas de recolección y transporte interno de manera adecuada y está publicado en el plano?. |  |  |
| 11. El Almacenamiento Central se encuentra aislado de las áreas de prestación de servicios. |  |  |
| 12. El almacenamiento Central presenta condiciones sanitarias adecuadas como pisos, paredes y techos y presenta un adecuado mantenimiento y limpieza. |  |  |
| 13. Se diligencia correcta y oportunamente el formato RH1 |  |  |
| 14. El establecimiento calcula los Indicadores de Gestión Interna |  |  |
| 15. Cuenta con contrato empresa de Servicio Especial de Aseo. |  |  |
| 16. Presenta manifestó de transporte |  |  |
| 17. Ha presentado los informes a las autoridades Ambientales y sanitarias en las épocas correspondientes? |  |  |

SISTEMA GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REQUERIMIENTOS | EVAL | OBSERVACIONES |
| 1. El establecimiento cuenta con el SGSST, avalado por persona con licenciaen Salud Ocupacional? |  |  |
| 2. Tiene cronograma de actividades actualizado anualmente? |  |  |
| 3. Tiene establecidos protocolos de bioseguridad para el manejo de accidentes de trabajo? |  |  |
| 4. El establecimiento cuenta con botiquín de primeros Auxilios dotado |  |  |
| 5. Existen extintores de incendios, debidamente señalizados y con fecha vigente de carga. |  |  |
| 6. El establecimiento cuenta con Plan de Emergencias, brigadas y actividades de emergencia. |  |  |
| 7. Está conformado el COPASST y/o vigía ocupacional |  |  |
| 8. Tiene Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial actualizado, publicado y conocimiento de los empleados . |  |  |
| 9.Cuenta con matriz de peligro actualizado |  |  |
| 10. El establecimiento cuenta con las historias clínicas ocupacionales del personal que labora en la institución y sus respectivos exámenes y valoraciones periódicas? |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| OBSERVACIONES POR PARTE DE LA PERSONA QUE ATENDIO LA VISITA: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

De conformidad con lo establecido en la legislación Sanitaria vigente, Ley 9 de 197, Decreto 351 de 2014. Resolución 1164 de 2002, Decreto 2200 de 2005, Decreto 780 de 2016, Resolución 1403 de 2007, Decreto 677 de 1995, Resolución 126 de 2009. Para efectos de evacuación de la visita se tendrá en cuenta los siguientes Valores: 2: cumple satisfactoriamente, 1.: Cumple Parcialmente, 0.: No cumple, N/A No Aplica, NO: No Observado.

CONCEPTO SANITARIO DE LA VISITA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (FV) | FAVORABLE | Cumple totalmente las condiciones sanitarias establecidas por la normatividad. |
| (DV) | DESFAVORABLE | No cumple con los estándares de la normatividad vigente. |
| (P) | PENDIENTE | Que hasta que no cumpla con las exigencias establecidas en el numeral 11 de la presente acta, no se le puede expedir el concepto favorable. |

Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de ( ) días, contados a partir del día \_\_\_\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ , que vence el día \_\_\_\_\_, del mes \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

ACCIONES DE LA VISITA

|  |
| --- |
| APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIA (Art, 576 Ley 7/79) |
| Sí \_\_ No \_\_ | (CT) Clausura Temporal Total | Captura y observación de animales sospechosos de enfermedad transmisibles |
| (CP) Clausura Temporal Parcial | Vacunación de persona y animales |
| (SP) Suspensión parcial de trabajos o servicios | Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades |
| (ST) Suspensión total de trabajos o servicios | Aislamiento o internación de personas para evitar transmisión de enfermedades |
| (DC) Decomiso | Retención o el deposito en custodia de objetos |
| (CG) Congelación | Desocupación o desalojamiento de establecimiento o viviendas |
| (DS) Destrucción y Desnaturalización |  |

Por constancia, previa lectura y ratificación del Concepto de la presenta acta, firman los funcionarios y responsable que atendieron la visitas hoy \_\_\_, del mes \_\_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_\_. De la presente acta se deja copia en poder interesado, representa legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

|  |  |
| --- | --- |
| FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA | PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA |
| NOMBRE |  | NOMBRE |  |
| C.C. |  | C.C. |  |
| CEDULA |  | CEDULA |  |
| PROESIÓN |  | PROESIÓN |  |
| FIRMA |  | FIRMA |  |
| FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA | TESTIGO |
| NOMBRE |  | NOMBRE |  |
| C.C. |  | C.C. |  |
| CEDULA |  | CEDULA |  |
| PROESIÓN |  | PROESIÓN |  |
| FIRMA |  | FIRMA |  |