

1 - ACTA DE INSPECCIÓN TÉCNICA A ESTABLECIMIENTOS OBJETO DE IVC  
P-MST- AQ



SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL  
EJE SALUD PÚBLICA  
SEGURIDAD SANITARIA Y DEL AMBIENTE  
PROGRAMA DE MEDICAMENTOS Y SUSTANCIAS TÓXICAS

ACTA P-MST-AQ N° 0003



CLASIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO: Fábrica (F) \_\_\_\_\_ Depósito (D) \_\_\_\_\_ Expendio (E) \_\_\_\_\_ Empresa Aplicadora (EA)

Visita Día 2 Mes 15 Año 2023 Última Visita Día 5 Mes 9 Año 22 Carpeta o Expediente No. 003 Actividad Económica 8129

2. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón Social PALMERA JUNIOR S.A.S.  
Nombre Comerc./Visib PALMERA JUNIOR SANTAMARTA.  
Nit / CC 900465705-8  
Representante Legal: JOHANY PALMERA  
Dirección CALLE 10 NO 5-47 PESCADITO  
Telefono/Cel 3194693544 Localidad / Comuna 2  
Fax: CONTABILIDAD@PALMERAJUNIOR.COM  
Barrío PESCADITO.  
E-mail FESICA.PEREZ@PALMERAJUNIOR.COM  
Área m² 25M²  
Es vivienda SI  NO  Certificado uso del suelo SI  NO

	VISITA	DIA	MES	AÑO	MOTIVO VISITA
OBJETIVO DE LA VISITA	INICIAL				(OC) Quejas comunidad (SO) Solicitud Oficial <input checked="" type="checkbox"/> Ofc Jurid. _____ (SI) Solicitud Interesado _____ (ECN) Establoc. Censado No Visitado _____ (AB) Alerta y/o Brote <input type="checkbox"/> Seguimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	1 CONTROL	<u>2</u>	<u>9</u>	<u>22</u>	
	2 CONTROL	<u>2</u>	<u>10</u>	<u>2023</u>	
	3 CONTROL				

3. INFORMACIÓN GENERAL TRABAJADORES

No. Empleados \_\_\_\_\_ Menores de Edad N/A  
Administrativos: Hombres 2 Mujeres 1  
Operativos: Hombres 1 Mujeres 0  
Días laborados x semana 6 No. de Turnos 1  
SGSSS: SI  No  Horas X Turnos 8 HORAS

3. INFORMACIÓN TRABAJADORES OPERATIVOS: USO PLAGUICIDAS OF Y/O CARBAMATOS

Colinesterasas: SI  No  Valores 75.38 Fecha examen (dd/mm/aa) 22/7/23

Marque con una "X" dentro de las casillas correspondientes "SI" o "NO", según lo observado. En la casilla "OBSERVACIONES" registre la información de relevancia necesaria. Coloque "N/A" cuando la información solicitada no aplique según el caso.

4. RECURSO HUMANO. ASISTENCIA TÉCNICA

NOMBRE DEL ASISTENTE TÉCNICO: JOHANY PALMERA c.c. 91489856 B9A.

PROFESIÓN: MV/MVZ. \_\_\_\_\_ AGR.  I.A. \_\_\_\_\_ I.F. \_\_\_\_\_ I.Q. \_\_\_\_\_ BIOL. \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? INGENIERO AMBIENTAL  
MV = Médico Veterinario; MVZ = Médico Veterinario y Zootecnista; AGR = Agrónomo; IA = Ingeniero Agrónomo; IF = Ingeniero Forestal; IQ = Ingeniero Químico y BIOL = Biólogo

JORNADA LABORAL (según contrato): Permanente (8h):  Medio Tiempo: \_\_\_\_\_ Asesoría: \_\_\_\_\_ Curso 60 horas: 0

HORARIO DE PERMANENCIA (verificado): \_\_\_\_\_ Entidad Educativa: SENA.

	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
¿Existen documentos o registros de capacitación que comprueben la educación o entrenamiento para cumplir sus funciones?	SI: <input checked="" type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	<u>NINGUNA.</u>

Calificación y cumplimiento: 2 = Buenas condiciones; 1 = Regular condiciones; 0 = Malas condiciones; N/A = No Aplica y NO = No Observado

5. ASPECTOS GENERALES:

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACIÓN CUMPLIMIENTO					OBSERVACIONES
5.1 Está identificada con aviso en letra visible la clase de establecimiento (fábrica, depósito, expendio, aplicador) y la razón social.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	0	N/A	N/O	<u>NINGUNA</u>
5.2 Existe independencia con otras áreas de habitación.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	0	N/A	N/O	
5.3 Área total del establecimiento: _____ m2	<input checked="" type="checkbox"/>	1	0	N/A	N/O	
5.4 Horario de atención: _____ horas	<input checked="" type="checkbox"/>	1	0	N/A	N/O	
5.5 El horario de atención se encuentra en lugar visible.	<input checked="" type="checkbox"/>	1	0	N/A	N/O	
5.6. Presta servicio nocturno.	<input type="checkbox"/>	1	0	N/A	N/O	
5.7. Dispone de referencias bibliográficas especializadas: manual de atención de urgencias, cartillas para el manejo de os productos y literatura científica aceptada internacionalmente).	<input checked="" type="checkbox"/>	1	0	N/A	N/O	
6.8 Dispone de los procesos y procedimientos de la actividades que desarrolla (medio físico y/o magnético).	<input checked="" type="checkbox"/>	1	0	N/A	N/O	

2 - ACTA DE INSPECCIÓN TÉCNICA A ESTABLECIMIENTOS OBJETO DE IVC  
P-MST- AQ

6. INFRAESTRUCTA

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACIÓN CUMPLIMIENTO					OBSERVACIONES
6.1 Pisos: son de material impermeable, resistentes y cuentan con sistemas de drenaje que permita su fácil limpieza y sanitización?	2	1	0	N/A	N/O	Baldosas blancas.
6.2 Escaleras, rampas y vías de acceso: son resistentes, se encuentran señalizadas y facilitan la limpieza y sanitización.	2	1	0	N/A	N/O	
6.3 Paredes: las paredes y muros sin impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura?	2	1	0	N/A	N/O	
6.4 Techos: los techos y cielos rasos son resistentes, uniformes y de fácil limpieza y sanitización?	2	1	0	N/A	N/O	Plafón.
6.5 Iluminación: cuentan con un sistema de iluminación natural y/o artificial que permita la conservación adecuada e identificación de los productos agroquímicos y un buen manejo de la documentación?	2	1	0	N/A	N/O	
6.6 Instalaciones eléctricas: cuentan con plafones en buen estado, tomas, interruptores y cableado protegido?	2	1	0	N/A	N/O	Buen estado
6.7 Ventilación: cuentan con un sistema de ventilación natural y/o artificial que garantice la conservación adecuada de los productos agroquímicos?	2	1	0	N/A	N/O	Buena.
6.8 CRITERIOS DE ALMACENAMIENTO BODEGAJE: los productos agroquímicos son almacenados de acuerdo con:						
6.8.1 El estado físico?	2	1	0	N/A	N/O	
6.8.2 El grupo funcional o familia química?	2	1	0	N/A	N/O	
6.8.3 Otro método de clasificación, cuál?	2	1	0	N/A	N/O	Rotulados, y Plaguicidas
6.9 El sistema de segregación de los productos agroquímicos garantiza que el lote más próximo a vencerse sea el primero en despacharse o utilizarse?	2	1	0	N/A	N/O	

7. ÁREAS. CONDICIONES SANITARIAS:

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACIÓN CUMPLIMIENTO					OBSERVACIONES
7.1 Los locales cuentan con área física exclusiva, independiente, de circulación restringida, segura y permanecen limpios y ordenados?	2	1	0	N/A	N/O	
7.2 El establecimiento está ubicado en terreno no inundable y de fácil drenaje?	2	1	0	N/A	N/O	
7.3 El establecimiento está alejado de botaderos de basura, pantanos, criadero de insectos y roedores?	2	1	0	N/A	N/O	
7.4 Suministro abastecimiento o almacenamiento de agua potable?	2	1	0	N/A	N/O	
7.5 Lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable?	2	1	0	N/A	N/O	
7.6 Dispone de drenaje: canales, cajas y sifones?	2	1	0	N/A	N/O	
7.7 Dispone de vertimientos y tratamientos preventivos de los residuales y de los fluidos que se generen?	2	1	0	N/A	N/O	
7.8 Existe presencia de polvos orgánicos e inorgánicos?	2	1	0	N/A	N/O	
7.9 Se determina la presencia de olores, gases, humos?	2	1	0	N/A	N/O	
7.10 Se dispone del equipamiento necesario para la tenencia adecuada de animales?	2	1	0	N/A	N/O	
7.11 Se encuentra implementado un programa de control de vectores, roedores y plagas en general?	2	1	0	N/A	N/O	

Cuentan con las siguientes áreas:	CALIFICACIÓN CUMPLIMIENTO					DELIMITADA		SEÑALIZADA	
7.12 Área administrativa.	2	1	0	N/A	N/O	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
7.13 Área de recepción y almacenamiento provisional de los agroquímicos y productos autorizados.	2	1	0	N/A	N/O	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
7.14 Área de almacenamiento de productos agroquímicos.	2	1	0	N/A	N/O	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
7.15 Área de almacenamiento de productos autorizados es independiente y está separada del área de almacenamiento de agroquímicos.	2	1	0	N/A	N/O	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
7.16 Área especial para el almacenamiento transitorio de los productos agroquímicos vencidos o deteriorados, que deban ser técnicamente destruidos o desnaturalizados.	2	1	0	N/A	N/O	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>

**3 - ACTA DE INSPECCIÓN TÉCNICA A ESTABLECIMIENTOS OBJETO DE IVC**  
P-MST- AQ

7.17 Área de dispensación o entrega de agroquímicos y productos autorizados.	2	1	0	N/A	N/O	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____
7.18 Área de cuarentena de agroquímicos, en ella también se podrán almacenar de manera transitoria los productos retirados del mercado	2	1	0	N/A	N/O	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____
7.19 Área para manejo y disposición de residuos, de acuerdo con la normatividad vigente.	2	1	0	N/A	N/O	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____
7.20 Área de devoluciones.	2	1	0	N/A	N/O	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____
7.21 Área de unidad sanitaria: cuentan con unidad sanitaria, por ejemplo, en proporción de una por cada quince (15) personas que laboren en el sitio?	2	1	0	N/A	N/O	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____

**8. REGISTROS DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

8.1 PROCEDIMIENTOS	ELABORADO		IMPLEMENTADO		OBSERVACIONES
8.1.1 Recepción.	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	<i>Deficiente organización</i>
8.1.2 Almacenamiento.	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	
8.1.2.1 Clasificación, ordenamiento y ubicación.	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	
8.1.2.2 Control de condiciones ambientales.	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	
8.1.2.3 Control de fechas de vencimiento.	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	
8.1.2.4 Control de averías.	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	
8.1.2.5 Limpieza de áreas.	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	
8.1.3 Entrega agroquímicos y/o servicios.	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	
8.1.4 Manejo de residuos.	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	No: _____	

**9. CONDICIONES DE SEGURIDAD**

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACIÓN CUMPLIMIENTO					OBSERVACIONES
9.1 La ubicación y distribución de maquinaria, herramientas e instrumentos es adecuada y garantiza condiciones seguras?	2	1	0	N/A	N/O	
9.2 El estado y mantenimiento de maquinaria, herramientas e instrumentos es adecuado?	2	1	0	N/A	N/O	
9.3 Se cuenta con un botiquín de primeros auxilios, con los elementos de dotación necesarios?	2	1	0	N/A	N/O	
9.4 Se dispone de un sistemas de alarmas y control de incendios.	2	1	0	N/A	N/O	Extintor tipo: Fecha de recarga(dd/mm/aa): <i>3 13 23</i>
9.5 Se encuentra implementado un plan de Gestión de Residuos Peligrosos - PGRRespel?	2	1	0	N/A	N/O	
9.6 Se encuentra implementado un plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares - PGRHS?	2	1	0	N/A	N/O	
9.7 Se cuenta con los elementos de protección necesarios para mitigar exposición al ruido?	2	1	0	N/A	N/O	
9.8 Se disponen de los elementos necesarios que mitiguen el efecto de la vibración?	2	1	0	N/A	N/O	

**10. PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS:**

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACIÓN CUMPLIMIENTO					OBSERVACIONES
10.1 Se cuenta con un plan de emergencia y contingencia implementados (escrito, implementado y en ejecución)?	2	1	0	N/A	N/O	Si
10.2 Se realizan programa de capacitación y entrenamiento permanentes?	2	1	0	N/A	N/O	<i>23 / 9 / 23</i>
10.3 Se capacita en forma permanente en el manejo de sustancias peligrosas?	2	1	0	N/A	N/O	Si
10.4 Se dispone de las hojas o fichas de seguridad de los productos agroquímicos manejados?	2	1	0	N/A	N/O	Si
10.5 Se señalizan, rotulan y etiquetan los recipientes en forma técnica, utilizando los pictogramas o las frases de prevención y precaución?	2	1	0	N/A	N/O	Si
10.6. Se dispone de un sistemas de contención de derrames?	2	1	0	N/A	N/O	Si
10.7 Las áreas de carga y descarga de materiales y sustancias se encuentran adecuadamente dispuestas?	2	1	0	N/A	N/O	Si

ASPECTOS A VERIFICAR NO SUJETOS AL CONCEPTO

11. SALUD OCUPACIONAL

ASPECTOS A VERIFICAR			CUMPLIMIENTO				OBSERVACIONES	
11.1 ARL	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cuál?	SURA		
11.2 EPS	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cuál?	N. EPS		
11.3 ARS	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cuál?	SURA		
11.4 Programa de salud Ocupacional	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Implem: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ejec.: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI	
11.5 Exámenes médicos ocupacionales	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Implem: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ejec.: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI mensuales	

12. MOVILIZACION Y TRANSPORTE DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

ASPECTOS A VERIFICAR			CUMPLIMIENTO				OBSERVACIONES	
12.1 Cuenta con vehículos para transporte de Sustancias Químicas?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	TRANSPORTADORA CERTIFICADA.			
12.2 Dispone de tarjeta de emergencias?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
12.3 Dispone de kit para derrames?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	se verificó durante la visita			

13. ASPECTOS A VERIFICAR - SUSTANCIAS QUÍMICAS

13.1 Sustancias químicas utilizadas y almacenadas:

Nombre		Estado			Concentración	Registro ICA	Relación/Cantidad mensual	
Comercial	Genérico	S	L	G	peso/volumen		Utilizada	Almacenada
FENDONABO	FEDONA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	III - 1/1000	Nº 7092-MV	NO	ALMACENADA
SOLFAC	SOLFAC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	III - 1/1000	Nº 7092-MV	NO	ALMACENADA
						Nº 2665P8464-97	NO	ALMACENADA

13.2 Producto Terminado:

Nombre		Concentración	Estado			Relación/Cantidad mensual	
Comercial	Genérico	peso/volumen	S	L	G	Utilizada	Almacenada
PALMERA GEL	PALMERA GEL	III 0,15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	ALMACENADA

13.3 Clases de residuos generados:

Nombre	CARACTERÍSTICAS	Estado			Relación/Cantidad mensual
		S	L	G	Generada

14. OBSERVACIONES:


HALLAZGOS. NINGUNO

15. REQUERIMIENTOS DEJADOS EN EL ACTA DE VISITA ANTERIOR CUMPLIDOS

NINGUNO,

16. REQUERIMIENTOS POR ÁREA O SECCIÓN

DE ACUERDO A LA VISITA, REALIZADA A LA EMPRESA PALMERA JUNIOR SAS. EN REFERENCIA, NO SE ENCONTRO NI UN REQUERIMIENTO, SANITARIO DE ACUERDO A LA LEY 9/09, EN LA QUE LA RISE CONO ACTIVIDAD, N° 8129. EL CONCEPTO ES FAVORABLE.

17. PLAZO

Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de \_\_\_\_\_ días, contados a partir del día \_\_\_\_\_, del mes del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, que vence el día \_\_\_\_\_, del mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. De acuerdo a la Ley 9 de 1979 y sus reglamentarios.

HORA DE FINALIZACIÓN DE LA VISITA:

18. CONCEPTO SANITARIO DE LA VISITA

18.1 (FV) FAVORABLE FAVORABLE:  Cumple totalmente las condiciones sanitarias establecidas por la normatividad.

18.2 (DV) \_\_\_\_\_ DESFAVORABLE: No admite exigencias, se procede a aplicar medidas sanitarias de seguridad.

19. ACCIÓN DE LA VISITA

19.1 (AEC) \_\_\_\_\_ SE APLAZA LA EMISIÓN DEL CONCEPTO: Condicionado al cumplimiento de las recomendaciones dejadas en la presente acta y que no pongan en riesgo la salud pública por el establecimiento.

20. APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIA (Art. 576 Ley 9/79)

17.1 SI ___ 17.2 NO ___	___ (CT) Clausura Temporal Total 17.1.1	___ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles 17.1.8
	___ (CP) Clausura Temporal Parcial 17.1.2	___ Vacunación de personas y animales 17.1.9
	___ (SP) Suspensión Parcial de Trabajos o Servicios 17.1.3	___ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades 17.1.10
	___ (ST) Suspensión Total de Trabajos o Servicios 17.1.4	___ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades 17.1.11
	___ (DC) Decomiso 17.1.5	___ Retención o el depósito en custodia de objetos 17.1.12
	___ (CG) Congelación 17.1.6	___ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas 17.1.13
	___ (DS) Destrucción o Desnaturalización 17.1.7	

La presente diligencia fue realizada por los funcionarios que la suscriben, conforme a lo dispuesto en la normatividad sanitaria vigente, sin incurrir en extralimitaciones de sus funciones y se virtió en ella todo lo que se sirvió, se dijo y se hizo. Copia íntegra del presente documento queda en poder del interesado, para constancia se le, aprueba y firma por quienes en ella intervinieron, a los 2 días del mes de Octubre de 2023, en Santa Marta D.T.C.H.

**DELEGADOS SECRETARÍA DE SALUD DE SANTA MARTA D.T.C.H.**

NOMBRE Jeffrey Bregueman R  
 C.C. 36.548.132  
 CARGO Med. San. Tox.  
 PROFESIÓN farmacia  
 FIRMA Jeffrey Bregueman R

**NOTIFICADOS ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE Clara Rocío Peric Estrada  
 C.C. 1073235080  
 CARGO Administradora  
 FIRMA Jacobocap

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 C.C. \_\_\_\_\_  
 CARGO \_\_\_\_\_  
 PROFESIÓN \_\_\_\_\_  
 FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 C.C. \_\_\_\_\_  
 CARGO \_\_\_\_\_  
 FIRMA \_\_\_\_\_