

1. INFORMACION GENERAL

FECHA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE VISITA: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD ECONOMICA: \_\_\_\_\_

RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_

NIT \_\_\_\_\_ No. AFILIADOS A SSSS : \_\_\_\_\_

No. DE EMPLEADOS: \_\_\_\_\_

PERSONAL QUE ATENDIO LA VISITA: \_\_\_\_\_

FUNCIONARIOS QUE EFECTUAN LA VISITA: \_\_\_\_\_

PLAGUICIDAS QUE VENDE: \_\_\_\_\_

2. CONDICIONES LOCATIVAS

2.1 AREAS

PISOS \_\_\_\_\_ MUROS \_\_\_\_\_ TECHOS \_\_\_\_\_

2.2 AREAS DE VENTA DE PLAGUICIDAS

SEPARADAS TECNICAS Y SANITARIAMENTE: \_\_\_\_\_

2.3 ÁREA DE SERVICIOS

SANITRIOS: \_\_\_\_\_ NUMERO: \_\_\_\_\_ LAVAMANOS: \_\_\_\_\_

VESTIER CON CASILLEROS: \_\_\_\_\_

2.4 ÁREA PARA DISPOSICION DE EMPAQUES ROTOS Y PRODUCTOS VENCIDOS

SEPARACION TECNICA Y SANITARIA: \_\_\_\_\_

2.5. VENTILACION:

SUFICIENTE: \_\_\_\_\_ DEFICIENTE \_\_\_\_\_

2.6 ILUMINACION

SUFICIENTE: \_\_\_\_\_ DEFICIENTE \_\_\_\_\_

2.7 DEMARCACION Y SEÑALIZACION: \_\_\_\_\_

2.8 EXTINTORES

NUMERO: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_

UBICADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS: \_\_\_\_\_

DE ACUERDO AL RIESGO: \_\_\_\_\_

2.9 BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS:

CON DOTACION BASICA PARA ATENDER EMERGENCIAS TOXICOLOGICAS:

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

2.10 ELEMENTOS PARA CONTROL DE DERRAMES

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

### 3. MANEJO DE PRODUCTOS

#### 3.1 EMPAQUES Y ENVASES CON ETIQUETAS DE ACUERDO CON LA NORMA:

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

#### 3.2 ALMACENAMIENTO A ALTURA INFERIOR A 2 MTS:

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

### 4. PERSONAL

#### 4.1 CAPACITADO

##### A. EN EL MANEJO DE PLAGUICIDAS:

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE HORAS: \_\_\_\_\_

##### B. EN CONTROL DE EMERGENCIAS:

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE HORAS: \_\_\_\_\_

#### 4.2 DOTACION DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL:


RESPIRADOR PARA GASES Y VAPORES: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

RESPIRADOR PARA PARTICULAS: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

OVEROLES: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

BOTAS: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

GUANTES: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

	<b>SALUD PUBLICA</b>	<b>Código F-SP-VC08-03</b>
	<b>ACTA DE VISITA PARA LA VENTA DE PLAGUICIDAS EN MISCELANEAS</b>	<b>Versión: 01</b>

5. CONCEPTO

FAVORABLE: \_\_\_\_\_ DESFAVORABLE: \_\_\_\_\_

FAVORABLE CONDICIONADO: \_\_\_\_\_

PLAZO PARA CUMPLIMIENTO (    ) DIAS HABLES

RECOMENDACIONES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

FIRMA DEL FUNCIONARIO  
LEGALCODIGO Y CARGO

FIRMA DEL REPRESENTANTE  
C.C N°