



República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social

SECRETARÍA DE SALUD DEL TOLIMA
ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL
DEPÓSITOS - EXPENDIOS - EMPRESAS DE FUMIGACIÓN
PISTAS Y SUSTANCIAS PELIGROSAS



Acta No.

49

CLASIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO Fábrica (F) ☐ Depósito (D) ☒ Expendio (E) ☒ Empresa Aplicadora (EA) ☐

DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DEL TOLIMA

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón Social	Cooperativa De Cafecultores Del Libano			Fecha de Visita: Día 13 Mes 04 Año 2018																				
Nombre Comercial	CAFELIBANO			Fecha Ultima Visita: Día Mes Año																				
Nit./C.C.	0910700815-9			Actividad Económica																				
Representante Legal	Fernando Palacios Jimenez	C.C.	932915174	Venta de insumos agro																				
Dirección	Carrera 4 N° 5-48			<table border="1"> <tr> <td>VISITA</td> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>Inicial</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inspección</td> <td>13</td> <td>04</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Vigilancia</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Control</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	VISITA	DÍA	MES	AÑO	Inicial				Inspección	13	04	18	Vigilancia				Control			
VISITA	DÍA	MES	AÑO																					
Inicial																								
Inspección	13	04	18																					
Vigilancia																								
Control																								
Telefono	3194774798	Fax		OBJETIVO DE LA VISITA <table border="1"> <tr> <td>Inspección</td> <td>13</td> <td>04</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Vigilancia</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Control</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Inspección	13	04	18	Vigilancia				Control											
Inspección	13	04	18																					
Vigilancia																								
Control																								
Barrio	Centro	MUNICIPIO	Villahermosa																					
E-mail				MOTIVO ☒ visita de Oficio ☐ (SI) Solicitud del Interesado ☐ (SO) Solicitud Oficial																				
Es vivienda SI ☐ NO ☒	Bodega SI ☒ NO ☐	Area M²																						
Registro Cámara de Comercio SI ☒ NO ☐	No.	30500066	Fecha																					
				16-03-18																				

3. CONDICIONES LOCATIVAS

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACIÓN/CUMPLIMIENTO						OBSERVACIONES
Pisos	☒	1	0	N/A	N/O		
Paredes	☒	1	0	N/A	N/O		
Techos	☒	1	0	N/A	N/O		
Escaleras, rampas y vías de acceso	☒	1	0	N/A	N/O		
Ventilación (natural y artificial)	☒	1	0	N/A	N/O		
Iluminación (natural y artificial)	☒	1	0	N/A	N/O		
Almacenamiento - Bodegaje	☒	1	0	N/A	N/O		

4. CONDICIONES SANITARIAS

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACIÓN/CUMPLIMIENTO						OBSERVACIONES
El establecimiento está alejado de botaderos de basura, pantanos, criadero de insectos y roedores	☒	1	0	N/A	N/O		
Suministro abastecimiento o almacenamiento de agua potable	☒	1	0	N/A	N/O		
Lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable	☒	1	0	N/A	N/O		
Drenaje: canales, cajas y sifones	☒	1	0	N/A	N/O		
Servicios sanitarios y vestieres (separados)	☒	1	0	N/A	N/O		
Orden y limpieza	☒	1	0	N/A	N/O		
Área de almacenamiento de residuos sólidos	☒	1	0	N/A	N/O		
Vertimientos, tratamientos preventivos Filtros - Pozos	☒	2	1	0	☒	N/O	
Presencia de polvos orgánicos e inorgánicos	☒	1	0	N/A	N/O		
Presencia de olores, gases, humos	☒	1	0	N/A	N/O		
Tenencia adecuada de animales	☒	2	1	0	☒	N/O	
Control de vectores, roedores plaga. Empresa que realiza.	☒	1	0	N/A	N/O		

5. CONDICIONES DE SEGURIDAD

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACIÓN/CUMPLIMIENTO						OBSERVACIONES
Establecimiento tipo miscelánea.	☒	1	0	N/A	N/O		
Áreas con separación de ambientes.	☒	1	0	N/A	N/O		
Señalización y demarcación de áreas.	☒	1	0	N/A	N/O		
Dotación de botiquín de primeros auxilios.	☒	1	0	N/A	N/O		
Sistemas contra incendio.	☒	1	0	N/A	N/O		
Plan de Gestión de Residuos Peligrosos PGIRespél.	2	1	0	☒	N/O		
Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios y Similares - PGIRHS.	2	1	0	☒	N/O		
Dotación de elementos de protección personal conforme a la actividad desarrollada.	☒	1	0	N/A	N/O		
Instalaciones eléctricas protegidas.	☒	1	0	N/A	N/O		
Sistemas de conducción de fluidos.	2	1	0	☒	N/O		
Arrumes seguros.	☒	1	0	N/A	N/O		
Estibas suficientes y en buen estado.	☒	1	0	N/A	N/O		
Vibración - Ruido.	☒	1	0	N/A	N/O		

6. PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACIÓN/CUMPLIMIENTO						OBSERVACIONES
Plan de emergencia y contingencia implementados (escrito e implementado)	☒	1	0	N/A	N/O		
Programa de capacitación y entrenamiento permanentes.	☒	1	0	N/A	N/O		
Capacitación en el manejo de sustancias peligrosas.	☒	1	0	N/A	N/O		
Hojas de Seguridad.	☒	1	0	N/A	N/O		
Señalización, rotulado y etiquetado de recipientes.	☒	1	0	N/A	N/O		
Sistemas de contención de derrames.	☒	1	0	N/A	N/O		
Adecuación de áreas de carga y descarga de materiales y sustancias.	☒	1	0	N/A	N/O		

2. Cumple Completamente 1. Cumple Parcialmente 0. No Cumple NA. No Aplica NO. No Observado

ASPECTOS A VERIFICAR NO SUJETOS AL CONCEPTO

7. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST

ASPECTOS A VERIFICAR								OBSERVACIONES
Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	SI	☒	NO		Verificación actividades	SI	☒	NO
Panorama y/o matriz de peligro	SI	☒	NO		Actualizado	SI	☒	NO
Cronograma actividades	SI	☒	NO		Actualizado	SI	☒	NO
Examen médico ocupacional	SI	☒	NO		Examen de Colinesterasa	SI	☒	NO
ARL	SI	☒	NO		Cual	Positivo		
EPS	SI	☒	NO		Cual	Medicinas EPS		

8. MOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

ASPECTOS A VERIFICAR	CUMPLIMIENTO				OBSERVACIONES
Cuenta con vehículos para transporte de Sustancias Químicas	SI		NO	Tipo	
Tarjeta de Emergencias	SI		NO		N.A.
Kit para derrames	SI		NO		
Señalización según norma	SI		NO		

9. ASPECTOS A VERIFICAR - SUSTANCIAS QUÍMICAS

8.1 Sustancias químicas utilizadas y almacenadas					Categoría	Estado			Relación / Cantidad Mensual	
Nombre										
Comercial	Genérico					Sólido	Líquido	Gaseoso	Utilizada	Almacenadas
Agrofito	Fertilizante					☒				
17-6-18-2	" "					☒				
OAP	" "					☒				
Urea	" "					☒				

10. EVALUACIÓN TÉCNICA A NIVEL DE PISTAS												
BASES Y PISTAS												
Base Principal												
Pista Auxiliar						No permanente						
MAPA UBICACIÓN DISTANCIAS DE LAS PISTAS CON RELACIÓN A:												
Poblados Km.						Acueductos Km.						
Cuerpos y cursos de agua						Kms.						
BASES PRINCIPALES												
Plataforma de operación o aprovisionamiento: Dimensiones												
Cemento:	SI	NO	Gravilla:	SI	NO	Desnivel						
Plataformas con señalización:		SI	NO	Estado:								
PISTA DE ATERRIZAJE												
Dimensiones:						Mangaveleta:				SI	NO	
Material:												
TANQUES DE MEZCLA												
	HERBICIDA				INSECTICIDA				FUNGICIDA			
CAP												
APRUEBA												
AERONAVES												
MATRÍCULA			MARCA			CONCEPTO AERONÁUTICO			VENCIMIENTO			
PERSONAL												
Contrato de asesoría técnica en horas semanales:			SI	NO	Horas:							
Nombre del Ingeniero:						Registro Profesional No.						
Capacitación al personal sobre manejo y uso adecuado de plaguicidas:				SI	NO							
Fecha:						Entidad certificadora:						
Registro mensual Asesor Técnico Agrónomo					SI	NO	Fecha:					
Factura adquisición insumos					SI	NO	Fecha:					
Observaciones:												
Tienen capacitación sobre primeros auxilios:			SI	NO	Fecha:							
Realizan control pruebas colinestaras:			SI	NO	Última fecha:							
Pilotos que apoyan los procesos:												
Cuentan con autorización de la Aeronáutica Civil:			SI	NO								
Observaciones:												
EQUIPOS DE APLICACIÓN												
CLASE			MARCA			MODELO			CANTIDAD			
Estado de los equipos:			Bueno:			Regular:			Deficiente:			
Presenta fugas:		SI	NO	Calibración:		SI	NO	Frecuencia:				
Aguas residuales:												
DOCUMENTOS APORTADOS												
Certificado Cámara de Comercio No. 50500066						Fecha: 16-03-18.						
Certificado de Compatibilidad de Uso del Suelo Planeación Municipal: SI X NO						Fecha: 11-04-2018.						
Concepto: Uso Compatible-Comercial.										No —		
Registro Único Tributario (DIAN):				SI X	NO	Fotocopia Cédula Representante Legal				SI X	NO	

8.2 Clases de residuos generados

Nombre	Características	Relación / Cantidad Mensual		
		Sólido	Líquido	Gaseoso
/	/	/	/	/

9. REQUISITOS POR ÁREA O SECCIÓN

Cumple a satisfacción con lo establecido en el decreto 1843 de 1991 para depósitos y expendios de sustancias y plaguicidas en el dpto del Tolima

Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de 1 días, contados a partir del día 1 del mes del 1 de 1, que vence el día 1 del mes 1 de 1. De acuerdo a la Ley 9 de 1979 y sus reglamentarios.

CONCEPTO SANITARIO DE LA VISITA

☒	FAVORABLE	Cumple totalmente las condiciones sanitarias establecidas por la normatividad
(DV)	DESFAVORABLE	No admite exigencias, se procede a aplicar medidas sanitarias

ACCIÓN DE LA VISITA

(AEC)	SE APLAZA LA EMISION DEL CONCEPTO	Condicionado al cumplimiento de las recomendaciones dejadas en la presente acta y que no pongan en riesgo la salud pública del establecimiento
-------	-----------------------------------	--

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

SI ☐ NO ☒	(CT) Clausura Temporal Total	Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
	(CP) Clausura Temporal Parcial	Vacunación de personas 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 la transmisión de enfermedades
	(DC) Decomiso	Retención o el depósito en custodia de objetos
	(CG) Congelación	Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas
	(DS) Destrucción y Desnaturalización	

Para constancia, previa lectura y ratificación del Concepto de la presente acta, firman los funcionarios y personas que atendieron la visita hoy 13 del mes 04 del año 2018. De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA		PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	
NOMBRE	Christian Camilo Balboa	NOMBRE	Jhon Edilson Paracha P.
CC.	1110505484	CC.	1104694206 - Libano
CARGO	Prof. de Apoyo SST	CARGO	Amon. De Bodega
PROFESION	Ingeniero Agronomo	PROFESION	Amon de Bodega Agropecuarias
FIRMA	Christian Balboa	FIRMA	[Firma]
FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA		TESTIGO	
NOMBRE		NOMBRE	
CC.		CC.	
CARGO		CARGO	
PROFESION		PROFESION	
FIRMA		FIRMA	