

 Gobernación de La Guajira	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	CONTRATO
	FORMATO	ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL A TIENDAS NATURISTAS	VARIANTE

OBJETIVO DE LA VISITA: Verificar las condiciones higiénico localativas y sanitarias del establecimiento.

Lugar y fecha: 9/06/2026 Municipio: Albarrica Acta No. 520264621

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Ficha No. _____

Nombre o Razón Social: Centro naturalista vida sana Tipo de Establecimiento: Tienda Naturalista

NIT No.: 1007495994 Matrícula Mercantil No.: 163012 Vigente: SI NO _____

Dirección: calle 2 # 3-36 Teléfono: 3022673369 Email: TUTY87@hotmail.com

Nombre del Representante Legal: ITurbido Andrés Beltrán Torres c.c. 1007495994

Concepto Sanitario No. No tiene Fecha: _____ Vigente: SI NO _____

Fecha de última visita 14-10/7/2025 Concepto Técnico: Pendiente: X Favorable: _____ Desfavorable: _____

Tipo de Visita: Inspección _____ Control ☒ Quejas y/o Reclamos _____ Solicitud del Interesado _____

Numero de Empleados 1 Administrativos _____ Operarios _____

RECURSO HUMANO

Responsable: Angelica Martinez c.c. 1.042.425.090 de Soledad

Formación Académica: Técnica

ASPECTOS A VERIFICAR	VISITA DE INSPECCION		VISITA DE CONTROL	
	FECHA:		FECHA:	
	CAL	OBSERVACIONES	CAL	OBSERVACIONES
1. Documentación. (Resolución 000126 de 2009 Artículo 5°).	2			
1.1 El responsable estaba presente en el momento de la visita.	2			
1.2 Fotocopia del diploma o certificado académico que acredite la escolaridad mínima (noveno grado) de la persona responsable de la venta en el establecimiento.	2			
1.3 Viabilidad de uso del suelo (Compatibilidad) expedido por planeación municipal o la entidad territorial correspondiente.	2			
1.4 Certificación Médica de acuerdo a lo establecido en el Decreto 3075 de 1997 y demás normas que lo adicionen, modifiquen y/o sustituyan, cuando se requiera.	2	Vigente hasta:		
1.5 Certificado o carné de manipulación de alimento.	2			
1.6 Certificado de funcionamiento o apertura expedido por la autoridad sanitaria	1	Vigente hasta:		

2. ASPECTOS LOCATIVOS ADECUADOS:

	CUMPLIMIENTO			
2.1 Ubicación: El establecimiento esta ubicado en lugar seco, no inundable, en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, pantanos, criaderos de insectos, roedores y animales domésticos.	2			
2.2 Pisos: son de material impermeable, resistente y cuentan con sistema de drenaje que permita su fácil limpieza y sanitización.	2			
2.3 Paredes y muros: son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura.	2			
2.4 Techos y cielo rasos: son resistentes, uniformes y de fácil limpieza y sanitización.	2			
2.5 Unidad Sanitaria: es exclusiva, en buen estado, aislado de las áreas de almacenamiento. Está dotado de secador (aire o toallas desechables) y dosificadores de jabón.	2			
2.6 Iluminación: posee un sistema de iluminación natural y/o artificial que permita la conservación adecuada e identificación de los productos y manejo de la documentación.	2			
2.7 Instalaciones eléctricas: posee plafones en buen estado, tomas, interruptores y cableado protegido.	2			

2.8 Ventilación: posee un sistema de ventilación natural y/o artificial que garantice la conservación adecuada de los productos. (No debe entenderse por ventilación natural las ventanas y/o puertas abiertas que podrían permitir la contaminación de los productos con polvo y suciedad del exterior).	2			
2.9 Condiciones de temperatura y humedad: posee termómetros y/o higrómetros que garanticen las condiciones de temperatura y humedad relativa recomendadas por el fabricante.	1			
2.10 Se realiza calibración de termómetros y/o higrómetros y se lleva registros.	1			
2.11 Seguridad: Cuenta con medidas de seguridad apropiadas para evitar el desarrollo de plagas.	2	Fumiprex		
2.12 Independencia: El área es totalmente independiente y exclusiva.	2			

3. AREAS: Las áreas para el almacenamiento de productos fitoterapéuticos, suplementos dietarios y medicamentos homeopáticos, deben ser independientes, diferenciadas y señalizadas, con condiciones ambientales, temperatura y humedad relativa controladas.

CUMPLIMIENTO				
	CAL	OBSERVACIONES	CAL	OBSERVACIONES
3.1 Cuenta con área administrativa, debidamente delimitada.	2			
3.2 Cuenta con área de recepción.	2			
3.3 Cuenta con área para el almacenamiento.	2			
3.4 Cuenta con área de dispensación.	2			
3.5 Cuenta con área de cuarentena para almacenamiento transitorio de productos: vencidos o deteriorados, que deban ser técnicamente destruidos o desnaturalizados y retirados del mercado.	2			
3.6 Cuenta con área para manejo y disposición de residuos, según norma vigente.	2			

4. SERVICIOS OFRECIDOS: Todos los productos que comercializan deben contar con Registro de Invima vigente. Fecha de vencimiento sin expiración. Número de Lote a excepción de productos naturales que no hayan sufrido proceso alguno.

CUMPLIMIENTO				
4.1 Venta de productos Fito terapéuticos de venta libre.	2			
4.2 Venta de productos suplementos dietarios.	2			
4.3 Venta de productos homeopáticos de venta libre.	2			
4.4 Venta de cosméticos.	2			
4.5 Venta de Alimentos.	2			
4.6 Venta de Otros: ¿Cuáles?	2			
4.7 Revisión aleatoria de productos	Nombre del producto	Registro sanitario	Fecha de vencimiento	Observación
	Sal Kem	MSA 0029174-023	04/2027	
	Resveratrol	USA	04/2023	
	Natural VMC	MSA 000134402	07/2028	
	Diab X 1	MSA 0007359-2019	07/2027	
	CREATINE	SN 2019-0004347	04/2027	
	EFFECTOR	MSA 0031837-2020	09/2027	
	Vale Kem	MSA 0007359-2019	07/2027	
	Chupa Renta	N8304420N	12/2027	
	Citricó Wajnesi	MSA 004320-2018	12/2028	
	GLUCOSA MINNA	SP 2018-0224	07/2027	

5. ALMACENAMIENTO

CUMPLIMIENTO				
5.1 El área física es segura, independiente, limpia y ordenada.	2			
5.2 Se realiza recepción técnica. ¿Quién la realiza?	2	Angelica Cruz Fier		
5.3 Se tienen establecidos los procedimientos para la inspección física de las condiciones en que son recibidos cada uno de los productos.	2			
5.4 Los empaques y envases tienen registro de inventario, lote, fecha de vencimiento.	2			
5.5 Los productos se encuentran correctamente almacenados para evitar equivocaciones.	2			
5.6 Se evita la incidencia directa de los rayos solares sobre los productos.	2			
5.7 Usan estibas plásticas para que no estén los productos en el piso.	2			
5.8 Cuenta con criterios y procedimientos que permita efectuar el control de inventarios.	2			
5.9 Cuenta con criterios y procedimientos que permitan evitar vencimientos.	2			

6. SALUD OCUPACIONAL, HIGIENE Y VESTUARIO

CUMPLIMIENTO				
Salud, Higiene y Vestuario				
6.1 Se realizan exámenes médicos y/o de laboratorio periódicos al personal y se documentan o llevan registros de estos.	2			
6.2 Existen normas en relación con el comer, beber, masticar o fumar, mantener plantas, alimentos, bebidas o elementos, dentro de las áreas del establecimiento.	2			
6.3 Se cuenta con normas de higiene personal.	2			
6.4 Todo el personal se encuentra inscrito al SGSSS (solicitar documentos).	2			
6.5 El personal utiliza prendas adecuadas (batas, uniformes, guantes, etc.) que aseguren una protección al personal y a los productos que allí se manejan.	2			
6.6 El establecimiento es un espacio 100% libre de humo de cigarrillo. Posee avisos alusivos a NO FUMAR. (Ley 1335 de 2009).	2			
6.7 El establecimiento es un espacio 100% libre de humo de cigarrillo. No se observan evidencias del consumo de cigarrillo. (Ley 1335 de 2009).	2			
Aseo y limpieza				
6.8 Se suministran los implementos de aseo y limpieza necesarios.	2			
6.9 Existen procedimientos escritos con responsabilidades asignadas sobre la forma, frecuencia y medios de limpieza o desinfección a emplear.	1	implementar		
6.10 Se registran estos procedimientos.	1	implementar		
6.11 Control de plagas y roedores: Se tienen procedimientos escritos de saneamiento y control de plagas y roedores. Existen registros.	2			
6.12 Manejo de residuos: Se cuenta con un procedimiento para el manejo adecuada de residuos según la normatividad vigente.	2			
6.13 Cuentan con un contrato con una entidad autorizada para el tratamiento y la disposición final de residuos y desechos.	2			

7. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

CUMPLIMIENTO				
7.1 El establecimiento cuenta con el plan de saneamiento que incluye los programas de limpieza y desinfección, manejo de desechos sólidos y líquidos y control de plagas.	Z			
7.2 Posee manuales de procesos y procedimientos.	Z			
7.3 Se lleva control diario de temperatura y humedad.	Z			
7.4 Se reporta efectos adversos ocurridos en la administración, uso o consumo.	N/A			

8. CUALES SON SUS PROVEEDORES:

No de factura / remisión	Nombre del proveedor	Dirección	Teléfono
16 200	Bio saludable SAS valledupar	calle 9 # 16-40 valledupar	5885325

9. REVISIÓN DE ALERTAS SANITARIAS EMITIDAS POR EL INVIMA

No de la Alerta	Fecha de Emisión	Producto	Se encontró el producto	Fecha de consulta

10. POR LAS SITUACIONES ENCONTRADAS EN RELACIÓN CON LA DIRECCIÓN TÉCNICA, LAS INSTALACIONES, LOS PRODUCTOS Y LOS DOCUMENTOS FACULTADOS POR LA LEY VIGENTE SE PROCEDIÓ A:

PROCEDIMIENTO	SI	NO	PROCEDIMIENTO	SI	NO	PROCEDIMIENTO	SI	NO
Clausurar el establecimiento			Decomisar productos			Congelar productos		
Suspender Servicios			Destruir productos			Tomar muestras		
RIESGO			bajo					
CONCEPTO			Desfavorable					

CALIFICACIÓN: Cumple completamente 2; No cumple 1; No aplica NA; No observado NO.

11. EXIGENCIAS:

Para ajustar el establecimiento a las normas sanitarias debe darse cumplimiento a los numerales clasificados con UNO (1).
(Citar Numerales).

Visita de Inspección	Visita de Control
2-6, 3, 4, 2.10, 6, 9, 6.10,	

De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, especialmente en la Ley 09 de 1979 y su reglamentación, en particular _____ para el cumplimiento de las exigencias dejadas en cada visita, se concede el plazo fijado al final del recuadro. (El plazo máximo fijado no podrá ser mayor a 30 días hábiles contados a partir de la notificación). En caso de incumplimiento se procederá a aplicar las medidas preventivas y/o de seguridad previstas en la legislación sanitaria vigente.

CONCEPTO:

FAVORABLE: Cumple las condiciones sanitarias establecidas en la normatividad sanitaria vigente.

PENDIENTE: Al cumplimiento de las exigencias dejadas en el numeral 10 de la presente ACTA.

NO FAVORABLE: No admite exigencias. Se procede a aplicar medidas sanitarias de seguridad.

RIESGO:

BAJO: Cuando no hay riesgo que pueda afectar la salud de la comunidad, la actividad comercial o la seguridad de los operarios.

MEDIO: Cuando se registra un tipo de riesgo moderado o manejable al interior del establecimiento, el cual no incide en la salud de la comunidad, el desarrollo normal de las actividades comerciales o la seguridad de los operarios.

ALTO: Cuando existe un riesgo inminente que afecte la salud de la comunidad, procesos o seguridad de los operarios.

OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO VISITA DE INSPECCIÓN:**OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO VISITA DE CONTROL:****OBSERVACIONES O MANIFESTACIONES DEL RESPONSABLE O REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman las personas que intervinieron en la visita. De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la primera visita o visita de inspección.

NOTIFICACIÓN VISITA DE INSPECCION: Fecha: _____

FUNCIONARIO (S) DE LA SALUD:

Firma: José Solano
Nombre: José Eduardo Solano Iñiguez
CC: 84071611
Cargo: Regente

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:

Firma: Jean Diaz
Nombre: Jeanpierre Diaz Martinez
CC: 100 338 7608
Cargo: Asistente

NOTIFICACIÓN VISITA DE CONTROL: Fecha: _____

FUNCIONARIO (S) DE LA SALUD:

Firma: _____
Nombre: _____
CC: _____
Cargo: _____

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:

Firma: _____
Nombre: _____
CC: _____
Cargo: _____



Gobernación
de la Ciudad

PROCESO MEJORA CONTINUA	
Fecha	11/11/2017
Horario	12
Fecha	11/11/2017

Formulario Listado de Asistencia

Componente	Capacitante	Acompañamiento	Asesoría	Otros	Cual?
Dirigida por:					
Observaciones:					
Fecha:					
Hora de inicio:					
Hora de finalización:					

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD	CARGO	DEPENDENCIA	CELULAR	EMAIL	FIRMA
1	Jorge Díaz N.	Albania	Troncha Vida San	Asistente		302 264 330	jorge.diaz@minsa.gob.cu	Jorge Díaz
2	Las Sosa	Albania	SSOD	Asistente	IVC	3125144801	lilasosa@gmail.com	Las Sosa
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE CUBA