

ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL A TIENDAS NATIVISTAS

OBJETIVO DE LA VISITA: Verificar las condiciones sanitarias, locativas y ambientales del establecimiento.
Lugar y fecha: 9/06/2026 **Municipio:** La Unión **Acta N°:** 3064/1657
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO
Nombre o Razón Social: Tienda nativista B.gludable **Tipo de Establecimiento:** _____
NIT No.: 222300359 **Matrícula Mercantil No.:** 186956 **Agencia:** de N°
Dirección: Calle 15 # 16-44 **Teléfono:** 3168833863 **Correo electrónico:** marianaherzules@gmail.com
Nombre del Representante Legal: _____
Concepto Sanitario No.: _____ **Pachet:** _____ **Agencia:** 3
Fecha de última visita: _____ **Concepto técnico:** Paralelitos **Formación:** Formación
Tipo de visita: Inspección ☒ Control _____ **Quejas y/o Reclamos:** _____ **Solicitud de inspección:** _____
Número de Empleados: _____ **Administrativos:** _____ **Operarios:** _____
RECURSO HUMANO
Responsable: Efrén Antonio Perseño **C.C.:** 552 499 **Entrenamiento:** varios
Formación Académica: Auxiliar

ASPECTOS A VERIFICAR	VISITA DE INSPECCIÓN		VISITA DE CONTROL	
	FECHA:	NOTAS:	FECHA:	NOTAS:
	CAL	OBSERVACIONES	CAL	OBSERVACIONES
1. Documentación (Resolución 000126 de 2009 Artículo 5º)	2			
1.1 El responsable estaba presente en el momento de la visita.	2			
1.2 Fotocopia del diploma o certificados académicos 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 3073 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.	2	Vigente hasta:		
		<u>Seor 1 vez</u>		

2. ASPECTOS LOCATIVOS ADECUADOS:

	CUMPLIMIENTO	
2.1 Ubicación: El establecimiento está ubicada 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 raso: son resistentes, uniformes y de fácil limpieza y sanitización.	2	
2.5 Unidad sanitaria: es exclusiva, en buen estado, alejada de las áreas de almacenamiento. Está dotada de secador (aire o forzado mecánico) y ventilación.	2	
2.6 Iluminación: posee un sistema de iluminación natural y/o artificial que permita la conservación adecuada e identificación de los productos y menús de la documentación.	2	
2.7 Instalaciones eléctricas: poseen ordenes en buen estado, bombas, interruptores y cableado protegido.	2	

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

3. ÁREAS: 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.				

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				
	CAL	OBSERVACIONES	CAL	OBSERVACIONES
4.1 Venta de productos fito terapéuticos de venta libre.	1			
4.2 Venta de productos suplementos dietarios.	2			
4.3 Venta de productos homeopáticos de venta libre.	2			
4.4 Venta de cosméticos.	1			
4.5 Venta de Alimentos.	1			
4.6 Venta de Otros: ¿Cuáles?				
4.7 Revisión electoraria de productos				
	Nombre del producto	Registro sanitario	Fecha de vencimiento	Observación
	QVAL	RSN 0038168 - 2024	03/2028	
	Salus mujer	RSN 19320410	12/2028	
	palmelo salu	RSN 19320410	09/2027	
	Esuena Trol	RSN 2039 - 2025	11/2027	
	Shen calce	RSN 002185 - 2017	07/2023	
	Dicidete 30g	RSN 19320410	11/2028	
	Planta coloi sal	RSN 19320410	04/2028	
	Digox T	RSN 2016 2025	03/2028	
	DSB - 202	RSN 2018 0004169	10/2027	
	DSB T	RSN 0023712 - 2023	04/2028	

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	Eugen Briseño		
5.3 Se tienen establecidas los procedimientos para la inspección física de las condiciones en que son recibidos cada uno de los productos.	1			
5.4 Los empaques y envases tienen registro de invima, 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.	1			
5.8 Cuenta con criterios y procedimientos que permita efectuar el control de inventarios.	2	manual		
5.9 Cuenta con criterios y procedimientos que permitan evitar vencimientos.	2	manual		

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.	1			
6.3 Se cuenta con normas de higiene personal.	1			
6.4 Todo el personal se encuentra inscrito al SGSSS (solicitar documentos).	1			
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			
6.10 Se registran estos procedimientos.	1			
6.11 Control de plagas y roedores: Se tienen procedimientos escritos de saneamiento y control de plagas y roedores. Existen registros.	1			
6.12 Manejo de residuos: Se cuenta con un procedimiento para el manejo adecuado de residuos según la normatividad vigente.	-	NO maneja Residuos		
6.13 Cuentan con un contrato con una entidad autorizada para el tratamiento y la disposición final de residuos y desechos.				

7. INSPECCIÓN Y FOLIO DE CONTROL

	CUMPLIMIENTO		
7.1 Se verificó la existencia de los registros de inspección y control de calidad, así como de los registros de control de calidad y control de calidad.	1		
7.2 Se verificó la existencia de los registros de control de calidad y control de calidad.	1		
7.3 Se verificó la existencia de los registros de control de calidad y control de calidad.	1		
7.4 Se verificó la existencia de los registros de control de calidad y control de calidad.	1		

8. DATOS DE LOS DOS PRODUCTORES

Dir. de Salud / Familia	Nombre del productor	Dirección	Teléfono
332-5	C. 332-5	Carretera 5 km. 5.5	3163449333
	Carretera 5 km. 5.5	Carretera 5 km. 5.5	

9. REGISTRO DE PRODUCTOS SANITARIOS EMITIDOS POR EL MUNICIPIO

No. de la lista	Fecha de emisión	Producto	Se encontró el producto	Fecha de consulta

10. PARA LAS INSPECCIONES DE CALIDAD EN RELACIÓN CON LA DIRECCIÓN TÉCNICA, LAS INSTALACIONES, LOS PRODUCTOS Y LOS SERVICIOS PRESTADOS SE DEBE PROCEDER DE LA SIGUIENTE MANERA:

PROCEDIMIENTO	SI	NO	PROCEDIMIENTO	SI	NO	PROCEDIMIENTO	SI	NO
Control de la calidad de los productos			Control de la calidad de los productos			Control de la calidad de los productos		
Control de la calidad de los productos			Control de la calidad de los productos			Control de la calidad de los productos		
Control de la calidad de los productos			Control de la calidad de los productos			Control de la calidad de los productos		

El presente documento es propiedad del Municipio de San Juan de los Rios, y no debe ser utilizado sin el consentimiento escrito del Municipio.

11. OBSERVACIONES

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

Valor de Capital

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

El presente documento es propiedad del Municipio de San Juan de los Rios, y no debe ser utilizado sin el consentimiento escrito del Municipio.

El presente documento es propiedad del Municipio de San Juan de los Rios, y no debe ser utilizado sin el consentimiento escrito del Municipio.

12. OBSERVACIONES

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

13. OBSERVACIONES

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

Se observó que el personal no tiene el conocimiento de los procedimientos de control de calidad de los productos y servicios.

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: Jose Solano
Nombre: Jose Ederdo Solano
CC: 84081611
Cargo: Representante

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:

Firma: [Firma]
Nombre: Elmario Briceño
CC: 552496
Cargo: Auxiliar

NOTIFICACIÓN VISITA DE CONTROL: Fecha: _____

FUNCIONARIO (S) DE LA SALUD:

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

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:

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



PROCESO MEJORA CONTINUA
Formulario Listado de Asistencia

Código	14-04-00
Nombre	IS
Fecha	18/05/2018

Organización de la Institución	Caracterización	Acompañamiento	Asesoría	Curso	Cuál?
Asignado por:					
Objetivo/ tema:					
Fecha:			Hora de inicio:		
			Hora de finalización:		

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD	CARGO	DEPENDENCIA	CELULAR	EMAIL	FIRMA
1	Edson Briceno	Hatoma	SB	Administrador		316883783	deloren2710@gmail.com	[Firma]
2	Jose Sefano	Hatoma	SS	Gerente	INOC	3125144807	deloren2710@gmail.com	[Firma]
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								