

**HOJA DE INSPECCIÓN UMA 1/2**

Inspección No.

**NO. DE FORMULARIO**

<b>DATOS GENERALES:</b>						<b>NO. DE FORMULARIO</b>	
Nombre comercial del negocio: <input style="width: 95%;" type="text"/>							
Denominación social: (solo si es sociedad mercantil)				Figura Legal: (solo si es sociedad mercantil)			
Actividad(es) económicas:		a.		b.			
c.		d.		e.			
Dirección del negocio: <input style="width: 95%;" type="text"/>							
Nombre del propietario ó representante legal: <input style="width: 95%;" type="text"/>							
Teléfono:		Celular:		No. formulario de solicitud:			
¿Negocio ha iniciado operaciones?:				Si		No	
Fecha inicio operaciones:				No. permiso			
Horario de atención:				No. de empleados:			
Tiene rótulo		Si		No		Especifique tipo: <input style="width: 100%;" type="text"/>	

	APLICA		CUMPLE		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	
Permiso de operación					
Licencia sanitaria					
Licencia ambiental					
Plan de contingencia					
Plan de medidas de mitigación					
Otro, especifique					

REQUERIMIENTOS AL INSPECCIONAR						
CONDICIONES DEL LOCAL	APLICA		CUMPLE		CANTIDAD	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO		
Extractor de aire						
Extintor de fuego						
Ventilación del lugar						
Agua potable						
Sanitarios para empleados						
Botiquín de primeros auxilios						
Planta de tratamiento (Urbanizaciones)						
Otro, especifique						

INSTALACIONES (AGRO COMERCIALES Y DISTRIBUIDORAS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS)	APLICA		CUMPLE		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	
Cercanía a escuelas, restaurantes, iglesias			Localización (mts)		
Existencia de productos altamente tóxicos			Si	No	Cantidad
Otro, especifique					

Original: hoja blanca para UMA      Copia: hoja rosada para contribuyente      Copia: hoja amarilla para Control Tributario



**HOJA DE INSPECCIÓN UMA 2/2**

REQUERIMIENTOS ESPECIALES SEGUN TIPO DE NEGOCIO						
INSTALACIONES (RESTAURANTES, HOTELES, DISCOTECAS, CENTROS RECREATIVOS)	APLICA		CUMPLE		CANTIDAD	OBSERVACIONES
	Si	No	Si	No		
Extractor de humo						
Baños sanitarios						
Salidas de emergencia						
Higiene del local						
Delantal						
Malla para cubrir cabello						
Trampas de grasa en desagüe del lavatrastos						
No. habitaciones						
Otro, especifique						

DESECHOS	APLICA		CUMPLE		OBSERVACIONES						
	SI	NO	SI	NO	L	M	M	J	V	S	
Días del tren de aseo											
Negocio produce contaminación sónica, visual u olores desagradables (especifique cual)											
Basureros (especifique tipo)											
Destino de desechos sólidos											
Destino de desechos tóxicos o peligrosos											
Bolsas rojas debidamente identificadas, para desechar equipo usado (jeringas, guantes, mascarillas, gabachas, agujas, ó elementos cortantes y/o punzantes)											
Vidrio											
Otro, especifique											

EQUIPO DE SEGURIDAD PARA EMPLEADOS	APLICA		CUMPLE		CANTIDAD	OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	No		
Guantes						
Mascarillas						
Gafas protectoras						
Gabachas u overoles						
Casco						
Orejas						
Botas de hule						
Botiquín						
Otro, especifique						

**OBSERVACIONES ADICIONALES**

Nombre y firma inspector UMA \_\_\_\_\_ Nombre y firma propietario \_\_\_\_\_

Fecha de inspección \_\_\_\_\_ Fecha recepción Control Tributario \_\_\_\_\_

Original: hoja blanca para UMA    Copia: hoja rosada para contribuyente    Copia: hoja amarilla para Control Tributario