

COPIA CONTROLADA

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	SALUD PÚBLICA	Código: F-SP-VC08-06	
	ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACION DE ALIMENTOS		Fecha Aprobación: 01/04/16
			Versión: 01
			Página 1 de 4

CIUDAD FECHA ACTA N°

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante Cafetería Panadería Frutería

Comidas rápidas Comedores Cuál:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*** CAMPO OBLIGATORIO**

RAZÓN SOCIAL

*CÉDULA / NIT *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*NOMBRE COMERCIAL

*DIRECCIÓN MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO *MUNICIPIO

Barrio Vereda Comuna Localidad Sector Corregimiento Caserío UPZ

Otro Cuál:

TELÉFONOS FAX

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL PROPIETARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. NIT Número de documento

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. NIT *Número de documento

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO *NÚMERO DE TRABAJADORES

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes / año	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	SOLICITUD DEL INTERESADO	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS
SOLICITUD OFICIAL	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.

OTRO Especifique:

EVALUACIÓN

Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
No Aplica (NA)	Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos.
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	Localización y diseño. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.3 y 2.6.; Artículo 32, Numerales 1, 2, 3, 4, 6 y 7. Artículo 33, Numeral 8)</i>	2	1	0	C
1.2	Condiciones de pisos y paredes. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)</i>	2	1	0	C
1.3	Techos, iluminación y ventilación. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)</i>	2	1	0	C

COPIA CONTROLADA

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	SALUD PÚBLICA			Código: F-SP-VC08-06
	ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACION DE ALIMENTOS			Fecha Aprobación: 01/04/16
				Versión: 01
				Página 2 de 4

1.4	Instalaciones sanitarias. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Artículo 32, Numeral 9 y 11.)</i>	4	2	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta				
2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS	
2.1	Condiciones de equipos y utensilios. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)</i>	5	2,5	0		C
2.2	Superficies de contacto con el alimento. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)</i>	7	3,5	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta				
3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS	
3.1	Estado de salud. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)</i>	7	3,5	0		C
3.2	Reconocimiento médico. <i>(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)</i>	2	1	0		C
3.3	Prácticas higiénicas. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)</i>	7	3,5	0		C
3.4	Educación y capacitación. <i>(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)</i>	4	2	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta				
4.1	Control de materias primas e insumos. <i>(Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)</i>	5	2,5	0		C
4.2	Prevención de la contaminación cruzada. <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)</i>	9	0			C
4.3	Manejo de temperaturas. <i>(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)</i>	7	3,5	0		C

COPIA CONTROLADA

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	SALUD PÚBLICA	Código: F-SP-VC08-06
	ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACION DE ALIMENTOS	Fecha Aprobación: 01/04/16
		Versión: 01
		Página 4 de 4

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____.

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 visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:
INSTITUCIÓN:	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO: