

COPIA CONTROLADA

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD <small>NORTE DE SANTANDER</small></p>	SALUD PÚBLICA	Código: F-SP-VC08-15
	ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VENTAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN LA VÍA PÚBLICA	Fecha Aprobación: 10/06/16
		Versión: 01
		Página 1 de 3

CIUDAD <input style="width: 150px;" type="text"/>	FECHA <input style="width: 100px;" type="text" value=" día / mes / año"/>	ACTA N° <input style="width: 100px;" type="text"/>
TIPO DE ESTABLECIMIENTO:	Puesto fijo o Estacionario <input type="checkbox"/>	Puesto móvil o Ambulante <input type="checkbox"/>
	Estacionario con preparación de alimentos <input type="checkbox"/>	Ambulante con preparación de alimentos <input type="checkbox"/>
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD <input style="width: 200px;" type="text"/>		

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

***CAMPO OBLIGATORIO**

NOMBRE

*DIRECCIÓN (solo para puesto fijos o estacionarios)

*DEPARTAMENTO *MUNICIPIO

Ubicación del puesto móvil en el momento de la inspección y sitios que mas frecuente

*DEPARTAMENTO *MUNICIPIO

Barrio Vereda Comuna Localidad Sector Corregimiento Caserío UPZ

Otro Cuál:

*NOMBRE DEL PROPIETARIO

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

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO *NÚMERO DE TRABAJADORES

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 <input type="checkbox"/>	Especifique: <input style="width: 400px;" type="text"/>		

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
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

1. LOCALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL PUESTO DE VENTA Y SUS ALREDEDORES.

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	Localización y alrededores. <small>(Resolución 604 de 1993, Art.1; 2b; 14; 18; 19; 40 Resolución 2674 de 2013, Art. 6. Numeral 1.1; 1.3, Art. 31 Numeral 1; 2.)</small>	7	3,5	0	<input type="checkbox"/> C
1.2	Estructura física y condiciones de mantenimiento. <small>(Resolución 604 de 1993 Art.13 Resolución 2674 de 2013 Art. 6. Numeral 2.1; 2.7, Art. 31 Numeral 1; 2.)</small>	6	3	0	<input type="checkbox"/> C
1.3	Acceso a Servicio sanitario <small>(Resolución 604 de 1993 Art.15. Res 2674 de 2013 Art.7 Numeral 6.1; 6.2. Art. 31 Numeral 1; 2., Art. 32 numeral 9.)</small>	5		0	<input type="checkbox"/> C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al 18% del total del acta			

2. SUPERFICIES, EQUIPOS Y UTENSILIOS

2	SUPERFICIES, EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	Equipos y utensilios. <small>(Resolución 604 de 1993 Art. 16;26; 28; 29. Resolución 2674 de 2013 Art. 8; 9 Numeral 1; 3; 4; 7 Art 31 Numeral 1; 2; 3.)</small>	7	3,5	0	<input type="checkbox"/> C
2.2	Superficies de contacto con el alimento. <small>(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 1, 2, 3, 4, 7, 9 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10.)</small>	8	4	0	<input type="checkbox"/> C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta			

COPIA CONTROLADA

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD <small>NORTE DE SANTANDER</small>	SALUD PÚBLICA	Código: F-SP-VC08-15
	ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VENTAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN LA VÍA PÚBLICA	Fecha Aprobación: 10/06/16
		Versión: 01
		Página 2de 3

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	Estado de salud y reconocimiento médico <i>(Resolución 604 de 1993 Art. 7 Resolución 2674 de 2013 Art. 11; Art. 14 Numeral 11.)</i>	5	2,5	0	C
3.2	Presentación personal y prácticas higiénicas. <i>(Resolución 604 de 1993 Art. 3; 4; 5; 6; 8 Res 2674 de 2013 Art. 14 Numeral 1; 2; 4; 11.)</i>	5	2,5	0	C
3.3	Capacitación en manipulación higiénica de alimentos. <i>(Resolución 604 de 1993 Art. 9 Resolución 2674 de 2013 Art. 12.)</i>	5	2,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta	
4.	REQUISITOS DE PREPARACIÓN, SERVIDO, CONSERVACIÓN, ALMACENAMIENTO Y VENTA DE PRODUCTOS.	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	Manejo, conservación, almacenamiento y venta de productos. <i>(Resolución 604 de 1993. Art. 24; 25; 26; 33. Resolución 2674 de 2013 Art. 6 Numeral 2.9; Art.16; 27; Art. 28 Numeral 3; 4. Art.31 Numeral 1, 2, 3, 4 párrafo 2; Art. 35 Numeral 1; 4; 6.)</i>	9	4,5	0	C
4.2	Operaciones de preparación y servicio de alimentos. <i>(Resolución 604 de 1993. Art. 26; 30; 31; 32; 34; 35; 36. Resolución 2674 Art. 31; 35 numeral 2, 3, 4, 7, 10.)</i>	9	4,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 18% del total del acta	
5	HIGIENE AMBIENTAL Y SANITARIA	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	Suministro, utilización y manejo del agua potable. <i>(Resolución 604 de 1993 Art. 15; 20; 21. Resolución 2674 de 2013, Art. 6 Numeral 3.1., Art. 31 Numeral 1; 2., Art. 32 numeral 8.)</i>	9		0	C
5.2	Residuos líquidos. <i>(Resolución 604 de 1993 Art. 15; 23 Resolución 2674 de 2013 Art 6 Numeral 4.1; 4.2. Art.31 Numeral 1; 2., Art. 32 numeral 5, 6.)</i>	6	3	0	C
5.3	Residuos sólidos. <i>(Resolución 604 de 1993 Art. 15; 22 Resolución 2674 de 2013 Art 6 Numeral 5.1; 5.2., Art.31 Numeral 1 y 2., Art. 32 numeral 6.)</i>	5	2,5	0	C
5.4	Control de plagas. <i>(Resolución 2674 de 2013 Art 26 Numeral 3. Art. 31 Numeral 1; 2., Art. 32 numeral 7.)</i>	7	3.5	0	C
5.5	Limpieza y desinfección. <i>(Resolución 604 de 1993 Art.13; 17; 19; 28; 29; 34. Resolución 2674 de 2013 Art. 6 Numeral 2.4, Art.31 Numeral 1; 2.)</i>	7	3,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 34% del total del acta	

COPIA CONTROLADA

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	SALUD PÚBLICA		Código: F-SP-VC08-15
	ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VENTAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN LA VÍA PÚBLICA		Fecha Aprobación: 10/06/16
			Versión: 01
Página 3 de 3			
II. CONCEPTO SANITARIO			
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. <small>Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir</small>	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
	FAVORABLE	90-100%	
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%	
	DESFAVORABLE	< 59,9%	
III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO			
NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS			
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS			
IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS			
Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.			
V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD			
Si	No	Cuál:	
VI. OBSERVACIONES			
Por parte de la autoridad sanitaria:			
Por parte del establecimiento:			
VI. 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:	