

# COPIA CONTROLADA

 <p><b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</b></p>	<b>SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código: F-SP-VC08-19</b>	
	<b>ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA PLAZAS DE MERCADO O CENTRAL DE ABASTOS</b>		<b>Fecha Aprobación: 01/04/16</b>
			<b>Versión: 01</b>
			<b>Página 1 de 3</b>

CIUDAD       FECHA       ACTA N°

TIPO DE ESTABLECIMIENTO:      Plaza de mercado       Central de abasto

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
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	<b>Localización y diseño.</b> <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>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>C</b>
1.2	<b>Instalaciones sanitarias.</b> <i>(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Artículo 32, Numeral 9 y 11.)</i>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>C</b>
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 30% del total del acta

# COPIA CONTROLADA

 <p><b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</b></p>	<b>SALUD PÚBLICA</b>	<b>Código: F-SP-VC08-19</b>
	<b>ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA PLAZAS DE MERCADO O CENTRAL DE ABASTOS</b>	<b>Fecha Aprobación:</b> 01/04/16
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 2 de 3</b>

2	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	<b>Control Integral de plagas.</b> <i>(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)</i>	<b>30</b>		<b>0</b>	
2.2	<b>Suministro y calidad de agua potable.</b> <i>(Decreto 1575 de 2007. Artículo 10 Numeral 3. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9).</i>	<b>15</b>	<b>7,5</b>	<b>0</b>	
2.3	<b>Manejo de residuos sólidos y líquidos.</b> <i>(Ley 9 de 1979. Artículo 23. Resolución 2674 de 2013 Art 6 núm. 4.1,4.2, 5.1, 5.2, 5.3. Art.31 numerales 1 y 2.)</i>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	
2.4	<b>Limpieza y desinfección.</b> <i>(Resolución 2674/2013. Artículo 26 Numeral 1)</i>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	
2.5	<b>Soporte documental de saneamiento.</b> <i>(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26).</i>	<b>5</b>	<b>2,5</b>	<b>0</b>	
<b>CALIFICACIÓN DEL BLOQUE</b>					La calificación del bloque corresponde al 70% del total del acta

### II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	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.
	<input type="checkbox"/> FAVORABLE	90-100%	
	<input type="checkbox"/> FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%	
	<input type="checkbox"/> 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

Sí	No	Cuál:
----	----	-------

### VI. OBSERVACIONES

<b>Por parte de la autoridad sanitaria:</b>
<b>Por parte del establecimiento:</b>

# COPIA CONTROLADA

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	<b>SALUD PÚBLICA</b>		<b>Código: F-SP-VC08-19</b>
	<b>ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA PLAZAS DE MERCADO O CENTRAL DE ABASTOS</b>		<b>Fecha Aprobación: 01/04/16</b>
			<b>Versión: 01</b>
			<b>Página 3 de 3</b>
<b>VII. NOTIFICACION DEL ACTA</b>			
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.			
<b>NOTA:</b> El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.			
<b>POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA</b>			
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:		NOMBRE:	
CÉDULA:		CÉDULA:	
CARGO:		CARGO:	
INSTITUCIÓN:		INSTITUCIÓN:	
<b>POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO</b>			
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:		NOMBRE:	
CÉDULA:		CÉDULA:	
CARGO:		CARGO:	