



COPIA CONTROLADA

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	SALUD PÚBLICA	Código: F-SP-VC08-45			
	ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA EXPENDIOS DE CARNE	Fecha Aprobación: 01/04/16			
		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"/>			
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD <input style="width: 400px;" type="text"/>					
IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO					
* CAMPO OBLIGATORIO					
RAZÓN SOCIAL <input style="width: 500px;" type="text"/>					
*CÉDULA / NIT <input style="width: 150px;" type="text"/>		*NÚMERO DE INSCRIPCIÓN <input style="width: 150px;" type="text"/>			
*NOMBRE COMERCIAL <input style="width: 500px;" type="text"/>					
*DIRECCIÓN <input style="width: 250px;" type="text"/>		MATRICULA MERCANTIL <input style="width: 150px;" type="text"/>			
*DEPARTAMENTO <input style="width: 200px;" type="text"/>		*MUNICIPIO <input style="width: 200px;" type="text"/>			
Barrio <input type="checkbox"/>	Vereda <input type="checkbox"/>	Comuna <input type="checkbox"/>			
	Localidad <input type="checkbox"/>	Sector <input type="checkbox"/>			
	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Caserío <input type="checkbox"/>			
Otro <input type="checkbox"/>	Cuál: <input style="width: 300px;" type="text"/>				
TELÉFONOS <input style="width: 200px;" type="text"/>		FAX <input style="width: 150px;" type="text"/>			
CORREO ELECTRÓNICO <input style="width: 500px;" type="text"/>					
NOMBRE DEL PROPIETARIO <input style="width: 500px;" type="text"/>					
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>			
	NIT <input type="checkbox"/>	Número de documento <input style="width: 100px;" type="text"/>			
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL <input style="width: 500px;" type="text"/>					
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>			
	NIT <input type="checkbox"/>	*Número de documento <input style="width: 100px;" type="text"/>			
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN <input style="width: 500px;" type="text"/>					
*DEPARTAMENTO <input style="width: 200px;" type="text"/>		*MUNICIPIO <input style="width: 200px;" type="text"/>			
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO <input style="width: 250px;" type="text"/>		*NÚMERO DE TRABAJADORES <input style="width: 100px;" type="text"/>			
*TIPO DE PRODUCTOS QUE EXPENDE: CARNE Bovina <input type="checkbox"/> Porcina <input type="checkbox"/> Aves <input type="checkbox"/>					
Otras especies <input style="width: 200px;" type="text"/>					
OTRO TIPO DE PRODUCTOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
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: <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				
I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO					
1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	Localización y diseño. <small>(Ley 9/1979 Art. 160, 163, 168, 207, 209, 247, 249 literal a, 262, 284.)</small>	4	2	0	<input type="checkbox"/> C
1.2	Condiciones de pisos y paredes. <small>(Decreto 2278/1982, Art. 374, Literales a y b. Ley 9/1979 Art. 92, 194, 249, Literales b y c, 345, Literal a.)</small>	4	2	0	<input type="checkbox"/> C
1.3	Techos, iluminación y ventilación. <small>(Ley 9/1979 Art. 196 y 249, Literal d. Decreto 2278/1982, Art. 374, Lit. a.)</small>	4	2	0	<input type="checkbox"/> C
1.4	Instalaciones sanitarias. <small>(Ley 9/1979 Art. 186, 188, 249, Literal d, 261, 277. Decreto 2278/1982 Art. 374, Lit. c.)</small>	5	2,5	0	<input type="checkbox"/> C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al 17% del total del acta			

COPIA CONTROLADA

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER		SALUD PÚBLICA			Código: F-SP-VC08-45
		ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA EXPENDIOS DE CARNE			Fecha Aprobación: 01/04/16 Versión: 01 Página 2 de 3
2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	Condiciones de equipos y utensilios. <i>(Ley 9/1979 Art. 251, 252, 253. Decreto 2278/1982 Art. 374, Lit. c. Resolución 683 de 2012. Resolución 4142 de 2012. Resolución 835 de 2013.)</i>	6	3	0	C
2.2	Condiciones de los equipos de conservación. <i>(Ley 9/1979 Art. 263, 424. Decreto 2278/1982 Art. 362.)</i>	7	3,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 13% del total del acta	
3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	Estado de salud (signos/lesiones). <i>(Ley 9/1979 Art. 84, numeral d y Art. 276.)</i>	8	4	0	C
3.2	Prácticas higiénicas. <i>(Ley 9/1979 Art. 88, 265, 277.)</i>	8	4	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 16% del total del acta	
4	REQUISITOS HIGIENICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	Requisitos legales. <i>(Ley 9/1972 Art. 345. Decreto 2278/1982 Art. 375, 376, Parágrafo 2. Decreto 222/1990 Art. 4. Resolución 2009026594 de 2009 Art 4 Resolución 5109/2005, Titulos II, III y IV.)</i>	7	3,5	0	C
4.2	Manejo de Temperaturas. <i>(Ley 9 de 1979, Art. 425. Decreto 2278/1982 Art. 359, 360, 361.)</i>	9		0	C
4.3	Condiciones de almacenamiento. <i>(Ley 9 de 1979, Art. 256, Parágrafo.)</i>	5	2,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 21% del total del acta	
5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	Suministro y calidad de agua potable. <i>(Ley 9/1979 Art. 69, 71, 175. Resolución 2115/2007 Art. 9.)</i>	7	3,5	0	C
5.2	Residuos líquidos. <i>(Ley 9/1979 Art. 92, 177 y 194. Decreto 2278/1982 Art. 374, Lit. b.)</i>	5	2,5	0	C

COPIA CONTROLADA

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER		SALUD PÚBLICA				Código: F-SP-VC08-45
		ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA EXPENDIOS DE CARNE				Fecha Aprobación: 01/04/16
					Versión: 01	
					Página 3 de 3	
5.3	Residuos sólidos. <i>(Ley 9/1979 Art. 198 y 199.)</i>	5	2,5	0		
C						
5.4	Control integral de plagas. <i>(Ley 9/1979 Art. 259.)</i>	9		0		
C						
5.5	Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios. <i>(Ley 9/1979 Art. 207, 251, 254, 264, 345, Lit. c, b. Decreto 2278/1982 Art. 374, Lit. c, d.)</i>	7	3,5	0		
C						
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta				
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:						
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:			