	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC08-13
	ACTA DE EVALUACIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL A ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES DE NORTE DE SANTANDER	Fecha Aprobación: 07/09/11
		Versión: 01
		Página 1 de 7

ACTA No. _____

CIUDAD Y FECHA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZÓN SOCIAL: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONOS: _____ FAX _____

REPRESENTANTE LEGAL _____

ACTIVIDAD _____

FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA OFICIAL _____

CONCEPTO _____

POBLACIÓN ATENDIDA

NUMERO DE TRABAJADORES EN EL ESTABLECIMIENTO	Jornada/mañana	Jornada/tarde	TOTAL	AFILIACION AL SGSSS
ADMINISTRATIVOS				
PROFESIONALES				
TECNICOS				
EMPLEADOS				
OTROS				
GRAN TOTAL				

PROCESOS DE TRABAJO:

- INSUMOS: _____
- TRANSFORMACION: _____
- PRODUCTO TERMINADO: _____
- DEPOSITO O DISTRIBUCION: _____

1. ASPECTOS SANITARIOS Y AMBIENTALES A VERIFICAR

1.1 LOCALIZACIÓN: Terreno apropiado (seco, no inundable y en terreno de fácil drenaje) _____

Topografía: (ondulada, plana, escarpada) _____ Fácil acceso _____ riesgos físicos asociados _____

Establecimiento alejado de: Botadero de basuras _____ Pantanos _____ Criadero de insectos y roedores _____

Observaciones _____

1.2 CERCO PERIMETRAL: No _____ Si _____ Estado: Bueno _____ Malo _____


Anomalía Detectada _____

1.3 ILUMINACIÓN TOTAL DE LAS DEPENDENCIAS DE LA INSTITUCIÓN:

La natural es: Suficiente _____ Insuficiente _____ La artificial es: Suficiente _____

Insuficiente _____

Observaciones: _____

	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC08-13
	ACTA DE EVALUACIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL A ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES DE NORTE DE SANTANDER	Fecha Aprobación: 07/09/11
		Versión: 01
		Página 2 de 7

1.4 VENTILACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO EN GENERAL:

Natural: Suficiente _____ Insuficiente _____ Artificial: Suficiente _____

Insuficiente _____

Observaciones generales _____

1.5 PISOS

Estado General: De material Sanitario _____ Limpios _____ Buen estado (sin grietas, perforaciones o roturas)

_____ Riesgo de accidentes _____ Riesgo de proliferación de Vectores _____

Características: Declive adecuado _____ drenaje adecuado _____ sifones y colectores de aguas

lluvias _____ suficientes _____ adecuados _____ inadecuados _____

protegidos _____

observaciones _____

1.6 TECHOS

Estado General: Limpios _____ Acumulación de Suciedad _____ Humedad _____ Estado de la

Infraestructura: Buena _____ Mala _____ observaciones:

Riesgo de Accidente _____ Riesgo de proliferación de Vectores _____

1.7 PAREDES

Estado General: Limpios _____ Acumulación de Suciedad _____ Humedad _____

Condición Actual: Buena _____ Mala _____ Cuales _____

Riesgo de Accidente _____ Riesgo de proliferación de Vectores _____

Instalaciones eléctricas: Protegidas _____ Desprotegidas _____

Observaciones _____

1.8 PUERTAS Y VENTANAS

Número suficiente para evacuación _____ Tamaño adecuado "**estándar**" _____ fácil apertura _____

Observaciones _____

1.9 CUENTA EL ESTABLECIMIENTO CON ÁREAS DE:

Observaciones _____

1.10 PRESENTA EL ESTABLECIMIENTO PROBLEMAS DE ASINAMIENTO: No _____ Si _____

Hay presencia de animales domésticos: Si _____ No _____ Hay presencia de plagas: Si _____ No _____

La construcción esta diseñada a prueba de roedores e insectos: Si _____ No _____

1.11 ABASTECIMIENTO DE AGUA

Fuente de abastecimiento _____

El agua que utiliza el establecimiento es potable: Si _____ No _____

Calidad del Servicio: Continuo: _____ Intermitente _____ irregular _____



Periodicidad: Mensual _____ Quincenal _____ Semanal _____ Diaria _____ Número de Horas de servicio al día _____

Tratamiento individual de potabilización: Si _____ No _____ cual: _____ Estado _____

Existe Tanque de almacenamiento _____ Posición: Aéreo _____ subterráneo _____ superficial _____

Frecuencia de limpieza: _____ Protección adecuada _____ Inadecuada _____

Tipo: hermético _____ teja de "eternit" _____ Hoja de Zinc _____ otros _____

Volumen total de almacenamiento _____ Metros cúbicos.

El consumo de agua se hace directamente: Del sistema de abastecimiento _____ Del tanque de

almacenamiento _____ Desinfección periódica del Almacenamiento: _____

Observaciones _____

1.12 SERVICIOS SANITARIOS

Localización: Adecuada _____ Inadecuada _____

Porque _____

Separados por sexo: Si _____ No _____

Observaciones _____

Cuenta con unidad sanitaria: Si _____ No _____

Cual _____ Uso exclusiva para los usuarios: Si _____

No _____ Cantidad _____ Uso exclusivo para administrativos: Si _____ No _____ Cantidad _____

Uso exclusivo para empleados Si _____ No _____ Cantidad _____

Total unidades sanitarias _____

Estado general: Limpias _____ Higiénicas _____ funcionamiento: adecuado _____

Inadecuado _____

Elementos mínimos de higiene: Si _____ No _____

Cuales _____

Observaciones _____

Orinales: Si _____ No _____ Individuales _____ Colectivos _____ Cantidad _____

Estado general: Limpias _____ Higiénicas _____ funcionamiento: adecuado _____

Inadecuado _____

Observaciones _____

El establecimiento cuenta con servicio de lavamanos: Si _____ No _____ Individuales _____

Colectivos _____ Cantidad _____

Estado general: Limpios _____ Higiénicos _____ funcionamiento: adecuado _____

Inadecuado _____


Elementos mínimos de higiene: Si _____ No _____

Cuales _____

Observaciones _____

Duchas: Si _____ No _____ Total _____ Funcionamiento: Adecuado _____ Inadecuado _____ Higiénicos _____

Elementos mínimos de higiene: Si _____ No _____

	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC08-13
	ACTA DE EVALUACIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL A ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES DE NORTE DE SANTANDER	Fecha Aprobación: 07/09/11
		Versión: 01
		Página 4 de 7

Observaciones _____

1.13 DISPOSICIÓN SANITARIA DE RESIDUOS LIQUIDOS:

Sifones o rejillas adecuadas: No _____ Si _____

Aguas de lavado y servido no ocasionan contaminación al entorno y no representan riesgos para la proliferación de vectores y la salud de las personas: No _____ Si _____

El establecimiento cuenta con disposición sanitaria de residuos líquidos: No _____ Si _____
Cual _____

Funcionamiento: Adecuado _____ Inadecuado _____ Existe pre-tratamiento: Si _____ No _____

Observaciones _____

Se evidencia presencia de Depósitos diversos como potenciales criaderos de Aedes: Si _____ No _____

EL establecimiento está negativo para el genero Aedes: Si _____ No _____

1.14 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS (BASURAS)

Existen recipientes para recolección de basuras: Si _____ No _____ Numero de recipientes _____

Estado sanitario: Bueno _____ Malo _____

Observaciones _____

Clasifican las basuras: Si _____ No _____ Frecuencia _____

Existe un local para el depósito temporal: si _____ No: _____ Ubicación: Adecuada _____
Inadecuada _____

Presencia de vectores _____

El establecimiento cuenta con servicio de recolección: Si _____
Frecuencia _____

No _____ Sistema de tratamiento y disposición final que emplea la institución _____

Observaciones _____

2. CONDICIONES SANITARIAS DEL AREA DE PREPARACIÓN, CONSUMO, EXPENDIO Y DEPÓSITO DE ALIMENTOS

Existe área para la preparación de alimentos: Sí _____ No _____ Ubicación: Adecuada _____
Inadecuada _____

Observaciones: _____

CONDICIONES DEL ÁREA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

Pisos:


Estado General: De material Sanitario _____ Limpios _____ Buen estado _____ Riesgo de accidentes _____

Observaciones _____

Techos:

Estado General: Limpios _____ Acumulación de Suciedad _____ Humedad _____ Estado de la

Infraestructura: Buena _____ Mala _____

	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC08-13
	ACTA DE EVALUACIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL A ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES DE NORTE DE SANTANDER	Fecha Aprobación: 07/09/11
		Versión: 01
		Página 5 de 7

Observaciones _____

Paredes:

Estado General: Limpios _____ Acumulación de Suciedad _____ Humedad _____

Condición Actual: Buena _____ Mala _____ Cuales _____

Observaciones _____

Ventilación: Suficiente _____ Insuficiente _____ Iluminación: Suficiente _____ Insuficiente _____

Observaciones _____

Los equipos y utensilios son de material sanitario, se encuentran en buen estado y son de fácil limpieza y desinfección: Si _____ No _____

Observaciones _____

Las superficies en contacto con los alimentos son de material sanitario: Si _____ No _____

Observaciones _____

Los productos químicos (desinfectantes, detergentes, plaguicidas) se encuentran rotulados y almacenados en un sitio alejado y protegido: Si _____ No _____

Observaciones _____

Manipulación y almacenamiento de materias primas: Adecuado: Si _____ No _____

Observaciones _____

Almacenamiento y manipulación de alimentos preparados: Adecuado: Si _____ No _____

Observaciones _____

Se evita la contaminación cruzada: _____

Los productos susceptibles de contaminar se encuentran en condiciones de conservación requeridas: Si _____ No _____ Observaciones _____

Para garantizar la calidad de los alimentos se cuenta con sistema de refrigeración y/o congelación: Si _____ No _____ Observaciones _____

Se realizan operaciones de limpieza y desinfección de áreas y utensilios en contacto con los alimentos: Si _____ No _____ Adecuada _____ Inadecuada _____

Observaciones _____

Los productos se encuentran dentro de su vida útil y son aptos para el consumo: Si _____ No _____

Observaciones _____

2.1 PERSONAL MANIPULADOR:

Cuentan con Valoraciones y certificado médico Sanitarias recientes: Si _____ No _____


Los manipuladores tienen actualizado el curso o capacitación en higiene y protección de alimentos: Si _____ No _____

Utilizan el uniforme o ropa adecuada: Si _____ No _____ **Evitan prácticas antihigiénicas:** Si _____

No _____ **Se lavan y desinfectan las manos hasta el codo cada vez que sea necesario:** Si _____ No _____

Observaciones _____

3. SALUD OCUPACIONAL

	SALUD PUBLICA	Código: F-SP-VC08-13
	ACTA DE EVALUACIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL A ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES DE NORTE DE SANTANDER	Fecha Aprobación: 07/09/11
		Versión: 01
		Página 7 de 7

De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, Ley 9 del 1979 y su reglamentación, para el cumplimiento de las anteriores exigencias se concede un Plazo de _____ días hábiles.

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

De la presenta acta se deja copia en poder de el 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.

FUNCIONARIOS DE SALUD

Firma _____
Nombre _____
C.C. _____
Cargo _____
Institución _____

Firma _____
Nombre _____
C.C. _____
Cargo _____
Institución _____

POR PARTE DE LA EMPRESA:

Firma _____
Nombre _____
C.C. _____
Cargo _____
Establecimiento _____

Firma _____
Nombre _____
C.C. _____
Cargo _____
Establecimiento _____