

DILIGENCIAMIENTO DE ACTAS



Maria Alejandra Pantoja

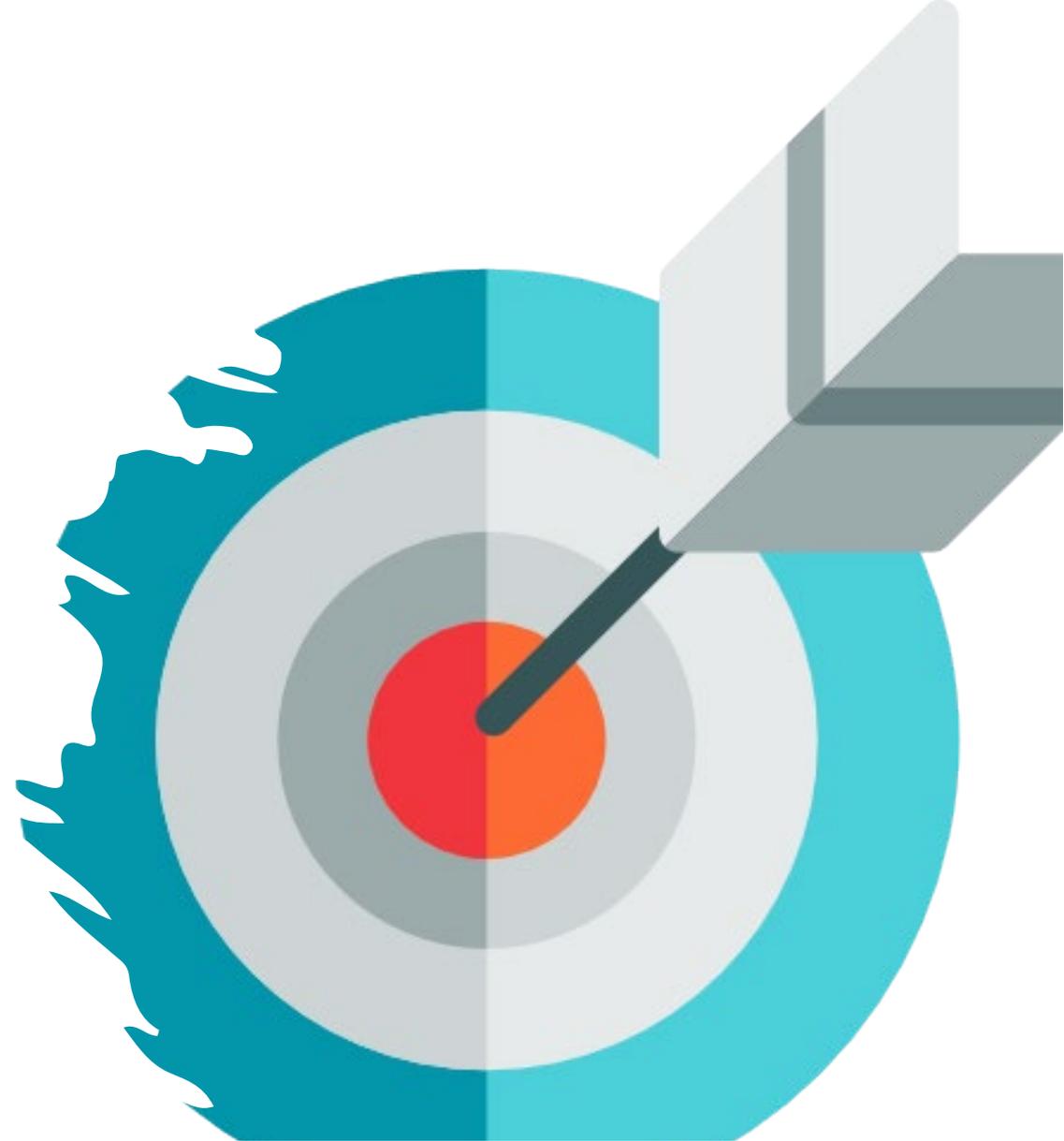


**Gobernación
de Nariño**
¡EN DEFENSA DE LO NUESTRO!

OBJETIVO

-Describir las consideraciones a tener en cuenta durante el diligenciamiento de las actas de inspección sanitaria por parte de los inspectores de las Entidades Territoriales de Salud (ETS), para las actividades almacenamiento, preparación, transporte, comercialización y expendio de alimentos y bebidas, con enfoque de riesgo, de acuerdo a lo establecido en la normatividad sanitaria vigente.

-Corregir los hallazgos que se presentaron en la auditoria del INVIMA





Sabemos como
diligenciar un
acta
correctamente?

CIUDAD [REDACTED] FECHA 29/06/2021 ACTA N° 05

TIPO DE ESTABLECIMIENTO Expendio Expendio con operaciones de porcionado, troceado, acondicionamiento

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Instituto Dptal de Salud de Nariño

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL Tienda de la esquina

*CÉDULA / NIT 37083133 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN [REDACTED] 9169756

*NOMBRE COMERCIAL Tienda la esquina

*DIRECCIÓN Calle Sta No 04-05 B/ Kennedy MATRICULA MERCANTIL [REDACTED]

*DEPARTAMENTO Nariño *MUNICIPIO [REDACTED]

Barrio Vereda Comuna Localidad Sector Corregimiento Caserío UPZ

Otro Cual

TELÉFONOS 3105485525 FAX [REDACTED]

CORREO ELECTRÓNICO [REDACTED]

NOMBRE DEL PROPIETARIO Maria Isabel Quemeno

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. NIT Número de documento 37.083.133

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Maria Isabel Quemeno

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. NIT *Número de documento 37.083.133

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Calle Sta No 04-05 B/ Kennedy

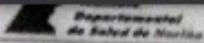
*DEPARTAMENTO Nariño *MUNICIPIO [REDACTED]

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO Lunes - domingo 8h/d *NÚMERO DE TRABAJADORES 1

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
	FAVORABLE	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
	/	/		

*MOTIVO DE LA VISITA



		DEPARTAMENTOS CODIGO: F-PIVCSSP95-34	VERSION 01	FECHA: 25-04-2016
5070		SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA AREA DE SALUD AMBIENTAL		Invirtio
CIUDAD: [REDACTED]	FECHA: 21-marzo-2019	ACTA N°: 5010		
TIPO DE ESTABLECIMIENTO: <input checked="" type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Cafetería <input type="checkbox"/> Panadería <input type="checkbox"/> Frutería <input type="checkbox"/> Comidas rápidas <input type="checkbox"/> Espectáculos <input type="checkbox"/> Cult.				
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: <u>I.D.S.U</u>				
IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO				
*CAMPO OBLIGATORIO				
RAZÓN SOCIAL: <u>Restaurante Rincon del buen sabor</u>	<input checked="" type="checkbox"/>			
*CÉDULA / NIT: <u>13007797</u>	*NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: <u>13007797</u>			
*NOMBRE COMERCIAL: <u>Restaurante Rincon del buen sabor</u>				
*DIRECCIÓN: <u>Vereda San Luis</u>	MATRICULA MERCANTIL:			
*DEPARTAMENTO: <u>Nariño</u>	*MUNICIPIO: [REDACTED]			
<input checked="" type="checkbox"/> Barrio <input checked="" type="checkbox"/> Vereda <input type="checkbox"/> Comuna <input type="checkbox"/> Localidad <input type="checkbox"/> Sector <input type="checkbox"/> Corregimiento <input type="checkbox"/> Caserio <input type="checkbox"/> UPZ	Otro: <input type="checkbox"/> Cult.:			
TELÉFONOS: <u>7739 670</u>	FAX:			
CORREO ELECTRÓNICO:				
NOMBRE DEL PROPIETARIO: <u>Jorge Charon</u>				
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: <input checked="" type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> C.E.	<input type="checkbox"/> NIT	Número de documento: <u>13007797</u>	
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: <u>Jorge Charon</u>				
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: <input checked="" type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> C.E.	<input type="checkbox"/> NIT	*Número de documento: <u>13007797</u>	
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: <u>Vereda San Luis</u>				
*DEPARTAMENTO: <u>Nariño</u>				
*MUNICIPIO: [REDACTED]				
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: <u>Lunes a Domingo 8 horas</u>				
*NÚMERO DE TRABAJADORES: <u>22</u>				
CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA				

CIUDAD [REDACTED] FECHA 28-03-2019 ACTA N° 12768

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante Cafetería Panadería Frutería
Comidas rápidas Comedores Cull: _____

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Instituto Depto de salud de Nariño

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL Panadería Tabillo

*CÉDULA / NIT 98146273 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN [REDACTED] 18146273

*NOMBRE COMERCIAL Panadería Tabillo

*DIRECCIÓN [REDACTED] MATRICULA MERCANTIL -

*DEPARTAMENTO Nariño *MUNICIPIO [REDACTED]

Barrio Vereda Comuna Localidad Sector Corregimiento Caserío UPZ [NA]
Otro Cull: Tabillo - San Juli

TELÉFONOS 3218821424 FAX -

CORREO ELECTRÓNICO -

NOMBRE DEL PROPIETARIO Ricardo Calvache

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. NIT Número de documento 98146273

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Ricardo Calvache

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. NIT *Número de documento 98146273

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN [REDACTED]

*DEPARTAMENTO Nariño *MUNICIPIO [REDACTED]

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO Lun-dom San Jm. *NÚMERO DE TRABAJADORES 2

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN		FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			



Encabezado

	ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACION DE ALIMENTOS		
	CODIGO: F-PIVCS SP05-34	VERSION 01	FECHA: 25-04-2016
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA			
CIUDAD		FECHA	ACTA N°
MUNICIPIO NO LA VEREDA			
TIPO DE ESTABLECIMIENTO:			
Restaurante	<input checked="" type="checkbox"/>	Cafetería	<input type="checkbox"/>
		Panadería	<input type="checkbox"/>
		Frutería	<input type="checkbox"/>
Comidas rápidas	<input type="checkbox"/>	Comedores	Cuál: _____
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO		
IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			

FECHA EN QUE SE REALIZA LA VISITA

* SI SON ACTAS IMPRESAS COLOCAR SU CONSECUTIVO

* SI ES EN PAPEL QUIMICO COLOCAR EL MISMO NUMERO DE ACTA QUE APARECE ALLÍ IMPRESO

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO		EJEMPLO: 900032891	
RAZÓN SOCIAL		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	
*CÉDULA / NIT	NIT O CEDULA		*NÚMERO DE INSCRIPCIÓN CAMPO OBLIGATORIO
*NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		
*DIRECCIÓN	DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO		MATRICULA MERCANTIL _____
*DEPARTAMENTO	NARIÑO		*MUNICIPIO NOMBRE DEL MUNICIPIO
Barrio <input type="checkbox"/>	Vereda <input type="checkbox"/>	Comuna <input type="checkbox"/>	Localidad <input type="checkbox"/>
			Sector <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/>	Cuál: _____	Corregimiento <input checked="" type="checkbox"/>	Cacerío <input type="checkbox"/>
			UPZ <input type="checkbox"/>
TELÉFONOS	DEL PROPIETARIO O MANIPULADORA		FAX _____
CORREO ELECTRÓNICO	DEL PROPIETARIO		
NOMBRE DEL PROPIETARIO	REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	c.c. <input type="checkbox"/>	c.e. <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/> Número de documento _____
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO		
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	c.c. <input checked="" type="checkbox"/>	c.e. <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/> *Número de documento NUMERO DE CEDULA DEL REPRESE
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	DIRECCION DE DONDE QUIERE EL DUEÑO QUE SE LE NOTIFIQUE (SIEMPRE PREGUNTAR)		
*DEPARTAMENTO	DE NOTIFICACION		*MUNICIPIO DE NOTIFICACION
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	CAMPO OBLIGATORIO		*NÚMERO DE CAMPO OBLIGATORIO

EJEMPLO: RESTAURANTE JYM

EJEMPLO:
RESTAURANTE JYM

SEÑALAR CON UNA "X" Y ESPECIFICAR SEGÚN SEA EL CASO

Página 1



Como se diligencia si es nuevo el establecimiento?

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA				
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	PRIMERA VEZ	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:			

Como se diligencia si ya ha sido visitado ?

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA				
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	05/02/2022	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X	
		DESFAVORABLE		
% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN				
75 %				
*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:			

Motivos de la visita?

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA						
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	05/02/2022		FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	75 %
			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X		
			DESFAVORABLE			
*MOTIVO DE LA VISITA						
PROGRAMACIÓN	X	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:					

Programación: Se realiza según planeación con base en el Modelo IVC para las ETS y los censos de los establecimientos inscritos.

Motivos de la visita?

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA						
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	05/02/2022		FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	75 %
			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X		
			DESFAVORABLE			
*MOTIVO DE LA VISITA						
PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS		
SOLICITUD OFICIAL	X	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.		
OTRO	Especifique:					

Solicitud oficial: Se lleva acabo según petición de cualquier entidad de carácter oficial que necesite la información o seguimiento a un determinado establecimiento.

Motivos de la visita?

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA					
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	05/02/2022	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	75 %
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X		
		DESFAVORABLE			
*MOTIVO DE LA VISITA					
PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	
OTRO	Especifique:				

Solicitud del interesado: Se realiza cuando el representante legal o propietario del establecimiento lo solicita.

Motivos de la visita?

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA							
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	05/02/2022			FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	75 %
				FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X		
				DESFAVORABLE			
*MOTIVO DE LA VISITA							
PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS			
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	X	SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.			
OTRO	Especifique:						

Evento de interés en salud pública: Desarrollada según necesidad para identificar o hacer seguimiento a un caso o brote.

Motivos de la visita?

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA							
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	05/02/2022			FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	75 %
				FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X		
				DESFAVORABLE			
*MOTIVO DE LA VISITA							
PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	X		
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.			
OTRO	Especifique:						

Asociada a Peticiones, quejas y reclamos: Se realiza para dar respuesta a una comunidad, persona natural o jurídica de acuerdo a su solicitud o denuncia, la cual puede ser interpuesta ante la ETS o remitidas por otras entidades oficiales.

Motivos de la visita?

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA						
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	05/02/2022		FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	75 %
			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X		
			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.	X	
OTRO	Especifique:					

Solicitud de Práctica de Pruebas/Procesos Sancionatorios o Administrativos: Referida a las solicitudes de levantamiento de pruebas técnico-sanitarias que la oficina jurídica de la ETS que adelanta el proceso sancionatorio resultante de la aplicación de una MSS, requiera como prueba adicional.

Puntos Críticos

5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	Suministro y calidad de agua potable. (Res. 2674 / 2013, Art. 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Art. 26, Numeral 4. Art. 32, Numeral 8. Res. 2115 de 2007, Art. 9.)	7	3,5	0	
5.2	Residuos líquidos. Res. 2674 /2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)	4	2	0	
5.3	Residuos sólidos. (Res. 2674 /2013. Art.6, Num. 5.1, 5.2 y 5.3. Art. 33, Num. 5, 6 y 7. Art. 18, Num.11.)	4	2	0	
5.4	Control integral de plagas. (Res.2674/2013. Art.26, Num. 3.)	9		0	DESCRIBIR EL HALLAZGO

2 EQUIPOS Y UTENSILIOS		A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	Capacidad, diseño y funcionamiento de equipos y utensilios. (Res 2674 de 2013 Art. 6, Art. 10 Num. 2, 3, Art. 18 num. 3.1, 3.2 y 3.3 Art. 31 Num. 1, 2, 3)	6	3	0	
2.2	Superficies de contacto con el alimento. (Res. 2674 / 2013, Art. 8 Art. 9, Num. 1, 2, 3, 4, 7, 9 y 10; Art. 34 Art. 35, Num. 8 y 10, Res. 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)	6	3	0	algunos productos se encuentran en el piso.
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				9	La calificación de Bloque corresponde al 12% del total del año
3 PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS		A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	Estado de salud aparente. (signos/lesiones). (Res 2674/ 2013 Art. 11; Num. 2, 5 Art. 14, Num. 12.)	6	3	0	
3.2	Reconocimiento médico. (Resolución 2674 de 2013, Art. 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	3	1.5	0	Sin reconocimiento médica.
3.3	Prácticas higiénicas y dotación. (Res. 2674 de 2013 Art. 14 Num. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, Art. 31 num. 4, art. 35 num. 5)	6	3	0	
3.4	Capacitación en manipulación higiénica de alimentos. (Res. 2674 de 2013 Art. 12, 14.)	5	2.5	0	Sin sopotes físicos
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				12,5	La calificación del bloque corresponde al 20% del total del año
4 SANEAMIENTO		A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	Suministro y calidad de agua potable. (Dec. 561 de 1984, Art. 92 Dec. 1575 de 2007, Art. 10, Res. 2674/2013, Art. 6, Num. 3, Res. 2113 de 2007, Art. 8.)	6	2.5	0	
4.2	Residuos líquidos. (Res. 2674/2013 Art. 6, Numeral 4.)	2.5	1.25	0	
4.3	Residuos sólidos. (Res. 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3)	2.5	1.25	0	Recipiente con tapa y pedal
4.4	Control integral de plagas. (Res. 2674/2013 Art. 20, Num. 3.)	6		0	



				12700	12700
4.2	Prevención de la contaminación cruzada. (Resolución 26742013, Artículo 16, Numeral 7, Artículo 18, Numeral 7, Artículo 20, Numeral 3, Artículo 20, Numeral 4.)	9			
4.3	Manejo de temperaturas. (Ley 9 de 1979, Art. 263, 405, Resolución 26742013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 3.)	7	3,5	0	C
4.4	Condiciones de almacenamiento. (Resoluciones 6830012, 26742013, Artículo 18, Numeral 5 y 6, Artículo 33, Numeral 3.)	4	2	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				25	NA C
				La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta	
5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	Suministro y calidad de agua potable. (Res. 2674/2013, Art. 8, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Art. 26, Numeral 4, Art. 32, Numeral 8, Res. 2115 de 2007, Art. 6.)	7	3,5	0	Agua tratada, suministro del acueducto rural.
5.2	Residuos líquidos. (Res. 2674/2013, Artículo 8, Numeral 4, Artículo 32, Numeral 9 y 10.)	4	2	0	
5.3	Residuos sólidos. (Res. 2674/2013, Art. 8, Num. 5.1, 5.2 y 5.3, Art. 32, Num. 5 y 7, Art. 18, Num. 11.)	4	2	0	
5.4	Control integral de plagas. (Res. 26742013, Art. 26, Num. 2.)	9		0	
5.5	Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios. (Res. 26742013, Art. 6, Numeral 6.5, Art. 26, Num. 1.)	7	3,5	0	
5.6	Soportes documentales de saneamiento. (Dec. 1579 de 2007, Art. 10, Res. 26742013, Art. 26.)	2	1	0	NO SE EVIDENCIA PLAN DE SANEAMIENTO POR ESCRITO, NO SE REGISTRAN ACTIVIDADES EN FOLIOS, REGISTROS QUE SEAN VERIFICABLES.
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					C
				La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta	
II CONCEPTO SANITARIO					

Hallazgos

Siempre que la evaluación de un aspecto sea “AR” o “I”, debe realizarse la descripción del hallazgo, esta debe formularse señalando la condición sanitaria encontrada, de manera clara, precisa, inequívoca, no sesgada, que sea relevante, concreta y suficiente.



Debe evitarse expresiones como:

COMPLETAR

AJUSTAR

IMPLEMENTAR

ADECUAR



IMPRECISION Y
FALTA DE
CLARIDAD

Hallazgo adecuado

UBICACIÓN DE LA
INFRACCIÓN

DETALLES
RELACIONADOS A
LA INFRACCIÓN

DESCRITO EN
TERMINOS CLAROS
Y OBJETIVOS

Ejemplo



- Debe instalar lavamanos.
- Adecuar pisos
- Colocar angeos metálicos en las ventanas.



- Carece de lavamanos debidamente dotado en el sitio de preparación.
- Se observó que los pisos de los baños son en concreto y carecen de acabado sanitario.
- Se evidencia espacios de ventilación al exterior sin la protección adecuada contra el libre acceso de artrópodos y roedores.

II. CONCEPTO SANITARIO			
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. <small>Señalar con una marca (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.
80,5 %	<input checked="" type="checkbox"/> FAVORABLE	90-100%	
	<input checked="" type="checkbox"/> FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	80 - 89,9%	
	<input type="checkbox"/> DESFAVORABLE	< 59,9%	
III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO			
NUMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS			
NUMERO 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			
<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cual:	

Concepto Sanitario

II. CONCEPTO SANITARIO			
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
75%	<input type="checkbox"/>	FAVORABLE	90-100%
	<input checked="" type="checkbox"/>	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
	<input type="checkbox"/>	DESFAVORABLE	< 59,9%
			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.

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:

Notificación del Acta

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 26 del mes de MARZO del año 2022 en la Ciudad de NOMBRE DEL MUNICIPIO

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:



GRACIAS

Programa de vigilancia de alimentos y bebidas

ivcalimentosnarino@idsn.gov.co