ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

invima — Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

ALCALDÍA DE FUNZA

Nº 184

CIUDAD: Funza | FECHA: [illegible] | ACTA Nº: [illegible]

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante [X] Cafetería [ ] Panadería [ ] Frutería [ ] Comidas rápidas [ ] Comedores [ ] Cuál:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: [illegible]

* CAMPO OBLIGATORIO

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

RAZÓN SOCIAL: [illegible]

*CÉDULA / NIT: [illegible] | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: [illegible]

*NOMBRE COMERCIAL: [illegible]

*DIRECCIÓN: [illegible]

*DEPARTAMENTO: [illegible] | MATRÍCULA MERCANTIL: [illegible]

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ] | *MUNICIPIO: [illegible]

Otro [ ] Cuál: Centro

TELÉFONOS: [illegible] | FAX: [illegible]

CORREO ELECTRÓNICO: [illegible]

NOMBRE DEL PROPIETARIO: [illegible]

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: [illegible]

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: [illegible]

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: [illegible]

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: [illegible]

*DEPARTAMENTO: [illegible] | *MUNICIPIO: [illegible]

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: [illegible] | *NÚMERO DE TRABAJADORES: [illegible]

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	Primer 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 instrumento para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instrumento para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instrumento para el aspecto a evaluar
No Aplica (NA)	Marque con una X la casilla "NA" en caso que el aspecto a verificar no se realice por parte del establecimiento y calificar como Aceptable (A). Justificar la razón del no aplica en el espacio de hallazgos
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

	EDIFICACIÓN E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	**Localización y diseño.** *(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)*	(2)	1	0	
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)*	2	(1)	0	[illegible]
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)*	2	(1)	0	[illegible]

1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Artículo 32, Numeral 9 y 11.)*	4	2	0	

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE — C — La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta — C

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	**Condiciones de equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)*	5	2,5	0	
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8; Artículo 9, Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10; Artículo 34. Artículo 35, Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)*	7	3,5	0	C

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE — C — La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta — C

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	**Estado de salud.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	7	3,5	0	
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	2	1	0	C
3.3	**Prácticas higiénicas.** (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	7	3,5	0	C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	4	2	0	C

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE — C — La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta — C

4	REQUISITOS HIGIENICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Control de materias primas e insumos.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5 ; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	5	2,5	0	
4.2	**Prevención de la contaminación cruzada.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18 Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)*	9	[illegible]	[illegible]	C
4.3	**Manejo de temperaturas.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)*	7	3,5	0	
4.4	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)*	4	2	0	

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE — 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.** *(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. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	7	3,5	0	
5.2	**Residuos liquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	4	2	0	C

C

5.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)*	4	2	0	C
5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26 Numeral 3.)*	9	[redacted]		C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)*	7	3,5	0	C
5.6	**Soportes documentales de saneamiento.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)*	2	1	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		33	La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta	C

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
94%	X FAVORABLE	90-100%	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 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 X | Cuál: ____

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Esta acta da respuesta a solicitud

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 30 del mes de septiembre del año 2020 en la Ciudad de Funza.

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: Diana Sanchez	FIRMA:
NOMBRE: Diana Sanchez	NOMBRE:
CÉDULA: 1076653530	CÉDULA:
CARGO: Ing. Alimentos	CARGO:
INSTITUCIÓN: SECRETARIA DE SALUD DE FUNZA	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:
CÉDULA:	CÉDULA:
CARGO:	CARGO:

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ALCALDIA DE FUNZA

Ciudad y Fecha: Funza 20 [illegible]

Nº 1004

Nombre del establecimiento: [illegible]

Nombre del Producto: [illegible]

ASPECTOS A VERIFICAR	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
El rótulo no describe o presenta el producto alimenticio envasado, en forma falsa, equivoca o engañosa o susceptible de crear una impresión errónea respecto de su naturaleza o inocuidad.				
No contiene ilustraciones o representaciones gráficas que hagan alusiones a propiedades medicinales, preventivas o curativas que den lugar a apreciaciones falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del alimento.				
Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes.				
No emplea palabras, ilustraciones o representaciones gráficas, que sugieran directa o indirectamente cualquier otro producto con el cual pueda confundirse o inducir a suponer que el alimento se relaciona en forma alguna con otro producto.				
El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente.				
Contiene la lista de ingredientes.				
El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición.				
Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por". Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador. En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente.				
Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L".				[illegible]
Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números – mes con las tres primeras letras o en forma numérica – año con los últimos dos dígitos. Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.				[illegible]
Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.				
Déclara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.				[illegible]
En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.				
En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.				
Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.				

FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL [illegible]

Nombre Diana [illegible]

Firma Diana [illegible]

Documento de identidad [illegible]

Cargo Ing. Alimentos

Nombre _____

Firma _____

Documento de identidad _____

Cargo _____

Correo Coocal

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección Vigilancia y Control Higiénico sanitaria a Vehículos transportadores de alimentos y materias primas para alimentos

Acta Número
AS11E502019

INTEGRADA DE SERVICIOS II

Subred: SALUD CENTRO ORIENTAL E.S.E. Número de Inscripción: NO TIENE

Unidad de Servicios de Salud: CENTRO ORIENTE Número de Carpeta:

1. IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

1.1 Línea de Intervención: ALIMENTOS SANOS Y SEGUROS

1.2 Actividad: Vehiculo Transportador de Alimentos

1.3 Dirección donde se realiza la inspección: KR 32 77A 26

1.5 Localidad: MARTIRES | 1.6 UPZ: LA SABANA

1.7 Barrio: SANTA MONICA

1.8 Nombre del propietario del vehiculo: YULIE CANCHE | 1.9 Teléfono: 3[illegible]

1.10 Tipo de documento: C.C. [X] C.E. [ ] NIT. [ ] | 1.13 Número: 7[illegible] | 1.11 Email: NO TIENE

1.12 Dirección de Notificación: KR 46A 72 17

1.13 Nombre del conductor: RAUL CANCHE MOLINA | 1.14 Teléfono: 3142014125

1.15 Tipo de documento: C.C. [X] C.E. [ ] | 1.16 Número: 19[illegible]

1.17 Nombre del propietario del producto: YULIE CANCHE | 1.18 Teléfono: 3[illegible]

1.19 Tipo de documento: C.C. [X] C.E. [ ] NIT. [ ] | 1.22 Número: 7[illegible] | 1.20 Email: NO TIENE

1.21 Tipo de vehículo: Camión [ ] Camioneta [X] Tracto - Camión [ ] Remolque [ ] Trailer [ ] Otro [ ] Cual:

1.22 Tipo de carroceria: Cabinado [ ] Van [ ] Furgón [ ] Capacete [ ] Botellero [ ] SRS [ ] Tanque [ ] Otra [X] Cual: PANEL

1.23 Modelo: 2012	1.24 Marca: CHEVROLET	1.25 Color: BLANCO LUNA	1.26 Placa: SZV352

1.27 Sistema de refrigeración: SI [ ] NO [X]

1.28 Horario y dia de funcionamiento: DOM-DOM 12 HORAS	1.29 Numero de trabajadores: 1

1.30 Tipo de alimento que transporta: FRUTAS, VERDURAS, PRODUCTOS DE PANCOGE

1.31 Tipo de materias primas que transporta: SIN USO (MEAT LOCKER)

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	DIA	MES	AÑO
	-	-	-
	NUEVO		

Favorable	[ ]	% De cumplimiento de la última inspección	— %
Favorable con requerimientos	[ ]		N.A
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:

EVALUACIÓN		CALIFICACIÓN
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 con **ninguno** 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.

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DCI

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

Alcaldía de Bogotá

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
1. DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1 **Diseño sanitario del vehículo.** (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 365, 367, 368,369 y 373.Decreto 616 de 2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.)	12	6 X	0	No cumple en Diseño de Cabina y capacidad de Carga, cuenta con Isotermo adecuado. C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		6		La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
2. EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
.2.1 **Condiciones de los utensilios.** (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)	12 X	6	0	Cuenta con cubeta y cubeta en buen estado. C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		12		La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1 **Estado de salud.** (Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)	13 X	6,5	0	C
3.2 **Reconocimiento Médico** (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	4 Y	2	0	Certificado 12/03/2020 C
3.3 **Prácticas higiénicas.** (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	13	6,5 X	0	Manipulador con dotación C

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital D01

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

Alcaldía de Bogotá

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
CONTINUACIÓN 3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.4 **Educación y Capacitación** (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)	6	3	0 X	No presenta plan de capacitación en manipulación de alimentos. C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		22,5		La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
4. SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1 **Limpieza del vehículo.** (Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.)	15	7,5 X	0	Vehículo limpio, No presenta registro de limpieza del vehículo C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		7,5		La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
5. VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1 **Condiciones de conservación del producto.** (Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373. Decreto 561 de 1984. Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 6, 7, 8. Art. 30, Parágrafo 1 y 2.)	20 X		0	C
5.2 **Empaque, Rotulado y vida útil.** (Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 5109 de 2005. Resol. 2674/2013. Art. 19, Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)	5 X	2,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		25		La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital 001

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección Vigilancia y Control higiénico sanitario a Vehículos transportadores de alimentos y materias primas para alimentos

Acta Número
AS11E502019

II. CONCEPTO SANITARIO

% De cumplimiento	CONCEPTO (selecciona con una (X) el concepto sanitario a emitir)		Nivel de cumplimiento	
79		Favorable	90-100%	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.
	X	Favorable con requerimientos	60-89,9%	
		Desfavorable	<59,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

Número total de muestras tomadas	Ninguna
Número del acta de toma de muestras	No Aplica

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 ☒

Clausura temporal total	☐	Suspensión total de trabajos o servicios	☐
Clausura temporal parcial	☐	Decomiso	☐
Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐	Congelación	☐

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria: No se encuentra [illegible] 1 persona y se deja [illegible] concepto no tiene costo.

Por parte del establecimiento: [illegible]

VII. NOTIFICACIÓN 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 06 del mes de Noviembre del año 2019 en la ciudad de Bogotá D. C.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien antendió la visita.
NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de (5) días contados a partir de la realización de la visita.

FUNCIONARIO DE SALUD (1)	FUNCIONARIO DE SALUD (2)
Nombre: [illegible]	Nombre:
Tipo de documento: CC	Tipo de documento:
Número de documento: [illegible]	Número de documento:
Cargo: [illegible]	Cargo:
Firma: [illegible]	Firma:
PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	**TESTIGO**
Nombre: [illegible]	Nombre:
Tipo de documento: C.C ☒ C.E ☐ NIT ☐	Tipo de documento:
Número de documento: [illegible]	Número de documento:
Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☐ Encargado ☒	Firma:
Firma: [illegible]	

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital DOI

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

invima
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

Alcaldía de Bogotá

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Verificación de acciones preventivas en COVID 19*

Acta Número: ASIS02019

E.S.E.: Instituto de Seguridad de Salud Centro Oriente ESE

Número de Carpeta:

Fecha: 06 | 11 | 2020

Número de Inscripción: NO TIENE

CÉDULA ESTABLECIMIENTO

Nombre del establecimiento: Vehiculo Placa SZV352

Dirección: KR 22 22A 26

Correo electrónico para notificación** NO TIENE

Localidad: Kennedy

Teléfono: 3202308576

No	ITEM	CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES / HALLAZGOS
	GENERALES			
1	Tiene protocolos escritos e implementados de bioseguridad relacionados con COVID 19 para el establecimiento.		X	No cuenta con protocolo escrito
2	Vehículos de proveedores con dos tripulantes incluido conductor y utilizan los elementos de bioseguridad necesarios.	X		
3	Vehículos propios cuentan con protocolo de limpieza y desinfección y el conductor cuenta con los EPP respectivos.	X		
	INFRAESTRUCTURA			
1	¿Existe un área de recepción de insumos con las características ajustadas al tamaño de estos?	X		
2	¿Se dispone de barreras físicas en las áreas de recepción, de manera que se evite el contacto físico y se reduzca la exposición?		X	No cuenta con división entre unidad de carga y cabina.
3	El establecimiento cuenta con un espacio para que los trabajadores guarden sus elementos personales y ropa de diario en el caso en que se requiera. Igualmente, de bolsas para guardar la ropa de trabajo y posterior lavado (tener cuidado con las prendas personales).	X		
4	¿Se encuentran ventiladas las áreas de almacenamiento de insumos y producto terminado?	X		
	LAVADO DE MANOS			
1	Dispone de mecanismos permanentes de lavado de manos (Agua, jabón líquido y toallas desechables)	X		
2	Dispone de alcohol glicerinado (60 al 95%).	X		
3	Cumple con las frecuencias para lavado de manos.	X		
4	Realiza acciones de comunicación y educación en lavado de manos.	X		
5	Se encuentran dispositivos de lavado de manos en áreas comunes y zonas de trabajo	X		
6	Dispone de registros o planillas de verificación de la actividad.		X	No cuenta con planillas

Impresión: Subdirección imprenta Digital 001

*Nota: El presente instrumento no valida o avala el protocolo de bioseguridad establecido para el establecimiento.
**Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica"

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Verificación de acciones preventivas en COVID 19

Acta Número: ASIIE 502019

No	ITEM	CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES / HALLAZGOS
	DISTANCIAMIENTO FÍSICO			
1	Los trabajadores permanecen a 2 metros de separación unos de otros, teniendo en cuenta áreas de maquinaria y equipo, áreas de trabajo, sociales y de servicios.	Y		
2	Se controla el aforo de ingreso y permanencia en las instalaciones	Y		
3	Dispone de registros o planillas de verificación de la actividad.		X	No Cuenta con planillas
	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP			
1	Los empleados cuentan con EPP y se garantiza su adecuado uso	Y		
2	Garantiza la correcta disposición final de los EPP	Y		
3	Los usuarios utilizan tapabocas de forma permanente	X		
4	Dispone de registros o planillas de verificación de la actividad.		X	No Cuenta con planillas
	LIMPIEZA			
1	Aumento en la frecuencia de actividades de lavado y desinfección de equipos, instalaciones, insumos, correspondencia, elementos externos y producto terminado si aplica.	Y		
2	Seguimiento, monitoreo y registros de limpieza		X	No Cuenta con planillas
	CONTROL DE SALUD DE LOS EMPLEADOS			
1	Se verifica el estado de salud del personal del establecimiento.	X		
2	Dispone de registros o planillas de verificación de la actividad.		X	No Cuenta con planillas
	OTROS ASPECTOS			
1	Capacitación a personal sobre el COVID 19 y medidas de bioseguridad		X	No se ha capacitado
2	¿Existe un documento con instrucciones detalladas para la toma rutinaria de temperatura al ingreso y salida del turno, al inicio de la jornada laboral y a finalizar la misma? o ¿Mínimo 2 veces por turno?		X	No documenta instrucciones de toma de temperatura.
3	Socialización a usuarios sobre el COVID 19 y medidas de bioseguridad	X		
4	Se cumple el protocolo con las personas que presentan síntomas de COVID 19.			No Aplica
5	Se cuenta con información relacionada con los domicilios entregados de parte del establecimiento (Registro, EPP, doble bolsa, elementos para sanitizar manos).	X		

FUNCIONARIO DE SALUD	PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA
Nombre: Laura Valeria Ramirez	Nombre: Yair Yamile Yate C
Tipo de documento: CC	Tipo de documento: C.C [X] C.E [ ] NIT [ ]
Número de documento: 1010229689	Número de documento: 1070937
Cargo: Tec Auxiliar	Cargo: Representante legal [ ] Propietario [ ] Encargado [X]
Firma:	Firma:

Impresión: Subdirección Imprenta Distrital 001

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ