Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de inspección sanitaria con enfoque de riesgo
para expendios de carnes

Acta Número

E.S.E.:	Fecha:	DD	MM	AAAA

CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO

ID Establecimiento:	Número de Inscripción:	Número de carpeta:
Razón social:		
Nombre del establecimiento:		
NIT: -DV:	Sede:	
Dirección:		
Ubicación:		
Localidad:	UPZ:	
Barrio:	Teléfonos	
Correo electrónico para notificación*		
Nombre propietario:		
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:	
Nombre representante legal:		
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:	
Dirección de notificación:		
Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☐ NO ☐		
Línea de intervención:		
Intervención:		
Tipo de establecimiento:		
Número de trabajadores:	Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ 24 horas ☐ Otro:	
Días de funcionamiento: Lunes a viernes ☐ Domingo a domingo ☐ Fin de semana ☐ Otro:		
Tipo de productos que expende: Carne: Bovina ☐ Porcina ☐ Aves ☐ Otras especies: _____ Otro tipo de productos: Si ☐ NO ☐		

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	DD MM AAAA	Favorable ☐ Favorable con requerimientos ☐ Desfavorable ☐	% De cumplimiento de la última inspección	%

MOTIVO DE LA VISITA

Programación ☐	Solicitud del interesado ☐ Número de radicado:	Asociada a peticiones, quejas y reclamos ☐ Número de radicado:
Solicitud oficial ☐ Número de radicado:	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 con **ninguno** los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.

*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

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

EVALUACIÓN		
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.

1.CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS

1. EDIFICACIÓN E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1 **Localización y diseño** (Ley 9/1979 Artículo 160, 163, 168, 207, 209, 247, 249 literal a, 262, 284.)	**4**	2	0	**C**
1.2 **Condiciones de pisos y paredes** (Decreto 2278/1982, Artículo 374, Literales a y b. Ley 9/1979 Artículo 92, 194, 249, Literales b y c, 345, Literal a.)	**4**	2	0	**C**
1.3 **Techos, iluminación y ventilación** (Ley 9/1979 Artículo196 y 249, Literal d. Decreto 2278/1982, Artículo 374, Lit. a.)	**4**	2	0	**C**
1.4 **Instalaciones sanitarias** (Ley 9/1979 Artículo 186, 188, 249, Literal d, 261, 277. Decreto 2278/1982 Artículo 374, Lit. c.)	**5**	2,5	0	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 17% del total del acta

2. EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1 **Condiciones de equipos y utensilios** (Ley 9/1979 Artículo 251, 252, 253. Decreto 2278/1982 Artículo 374, Lit. c. Resolución 683 de 2012. Resolución 4142 de 2012. Resolución 835 de 2013.)	**6**	3	0	**C**

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

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

CONTINUACIÓN 2. EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.2 **Condiciones de los equipos de conservación** (Ley 9/1979 Artículo 263, 424. Decreto 2278/1982 Artículo 362)	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)** (Ley 9/1979 Artículo 84, Numeral d y Artículo 276.)	8	4	0	C
3.2 **Prácticas higiénicas** (Ley 9/1979 Artículo 88, 265, 277.)	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** (Ley 9/1972 Artículo 345. Decreto 2278/1982 Artículo 375, 376, Parágrafo 2. Decreto 222/1990 Artículo 4. Resolución 2009026594 de 2009 Artículo 4. Resolución 5109/2005, Títulos II, III y IV.)	7	3,5	0	C
4.2 **Manejo de Temperaturas.** (Ley 9 de 1979, Artículo 425. Decreto 2278/1982 Artículo 359, 360, 361.)	9		0	C

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

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

4. REQUISITOS HIGIENICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.3 **Condiciones de almacenamiento** (Ley 9 de 1979, Artículo 256, Parágrafo.)	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** (Ley 9 de 1979, Artículo 256, Parágrafo.)	7	3,5	0	C
5.2 **Residuos líquidos** (Ley 9/1979 Art. 92, 177 y 194. Decreto 2278/1982 Artículo 374, Lit. b.)	5	2,5	0	C
5.3 **Residuos sólidos** (Ley 9/1979 Artículo 198 y 199.)	5	2,5	0	C
5.4 **Control integral de plagas** (Ley 9/1979 Artículo 259.)	9		0	C
5.5 **Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios** (Ley 9/1979 Artículo 207, 251, 254, 264, 345, Lit. c, b. Decreto 2278/1982 Artículo374, Lit. c, d.)	7	3,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

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

II. CONCEPTO SANITARIO

% De cumplimiento	CONCEPTO (seleccione con una (X) el concepto sanitario a emitir)		Nivel de cumplimiento	
		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 Requerimiento	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. REQUERIMENTOS 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

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

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

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

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Profesión u oficio:	Profesión u oficio:
Firma:	Firma:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	**TESTIGO**
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐	Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐
Número de documento:	Número de documento:
Cargo: Representante legal☐ Propietario☐ Encargado☐	Firma:
Firma:	

NOTA 1: "En concordancia con lo establecido en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, se da por comunicado que la imposición de un concepto sanitario desfavorable y/o de una medida sanitaria de seguridad de la Ley 9 de 1979, se iniciará una investigación administrativa en salud, conforme los términos establecidos en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011"
NOTA 2: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarreara las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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