Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección sanitaria con enfoque de riesgo para expendios de bebidas alcohólicas

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:		

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

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

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
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.

*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		
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** (Decreto 1686 de 2012 Artículo 23. Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3; 2.6, 2.7 Artículo 84 y 85).	**2**	1	0	**C**
1.2 **Condiciones de pisos y paredes** (Decreto 1686 de 2012 Artículo 24. Numerales 1 y 2. Artículo 84 y 85).	**2**	1	0	**C**
1.3 **Techos, iluminación y ventilación** (Decreto 1686 de 2012 Artículo 24. Numerales 3 y 7.1, 7.2, 8.2. Artículo 84 y 85). Numeral 9.)	**2**	1	0	**C**
1.4 **Instalaciones sanitarias** (Decreto 1686 de 2012 Artículo 23. Numerales 6.1, 6.2, 6.3. Artículo 84 y 85)	**4**	2	0	**C**
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta

2. PERSONAL MANIPULADOR DE BEBIDAS ALCOHOLICAS	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**
2.1 **Estado de salud** (Decreto 1686 de 2012. Articulo 26. Articulo 28. Numeral 10. Articulo 84)	**7**	3,5	0	**C**
2.2 **Prácticas higiénicas** (Decreto 1686 de 2012. Articulo 28. Numerales 1, 2,3,4,5,6,7,8,9)	**7**	3,5	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. PERSONAL MANIPULADOR DE BEBIDAS ALCOHOLICAS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.3 **Educación y capacitación** (Decreto 1686 de 2012. Artículo 27)	5	2,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 19% del total del acta

3. ALMACENAMIENTO Y COMERCIALIZACIÓN	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1 **Condiciones de equipos y utensilios y superficies de contacto con las bebidas alcohólicas** (Decreto 1686 de 2012. Artículo 25. Numerales 1, 2,8. Artículo 30 Parágrafo. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)	6	3	0	C
3.2 **Prevención de la contaminación cruzada** (Decreto 1686 de 2012. Artículo 25. Numeral 1.	6	3	0	C
3.3 **Condiciones de almacenamiento** (Decreto 1686 de 2012. Artículo 82. Numerales 2, 4, 5, 6, 7 y 8).	7	3,5	0	NA C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 19% del total del acta

4. SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1 **Suministro y calidad de agua potable** (Decreto 1686 de 2012 Articulo 23, Numeral 3. Articulo 86. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9. Decreto 1575 de 2007. Artículo 10 Numeral 3)	7	3,5	0	C
4.2 **Residuos líquidos** (Decreto 1686 de 2012. Articulo 23. Numeral 4. Articulo 86)	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 4. SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
4.3 **Residuos sólidos** (Decreto 1686 de 2012. Articulo 23. Numeral 5. Artículo 25. Numeral 7. Articulo 86)	6	3	0	C
4.4 **Control integral de plagas** (Decreto 1686 de 2012. Art. 35 Numeral 3)	9		0	C
4.5 **Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios** (Decreto 1686 de 2012. Artículo 23 Numeral 6.4). Artículo 82. Numeral 1; Artículo 35 Numeral 1)	7	3,5	0	C
4.6 **Soportes documentales de saneamiento.** (Decreto 1686 de 2012. Artículo 35; Artículo 86).	3	1,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 38% del total del acta

5. VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1 **Procedencia de bebidas alcohólicas.** (Decreto 1686 de 2012. Artículo 46, 47. Artículo 82, Numeral 3)	9		0	C
5.2 **Leyendas obligatorias** (Decreto 1686 de 2012 Artículo 50)	5	2,5	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 14% del total del acta

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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

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 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. 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:	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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"

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