Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección sanitaria con enfoque
de riesgo para plazas de mercado o central de abastos

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 ☐<br>Favorable con requerimientos ☐<br>Desfavorable ☐ | % De cumplimiento de la última inspección | % |

**MOTIVO DE LA VISITA**

| | | |
|---|---|---|
| Programación ☐ | Solicitud del interesado ☐<br>Número de radicado: | Asociada a peticiones, quejas y reclamos ☐<br>Número de radicado: |
| Solicitud oficial ☐<br>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. |

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica



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

| 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. |

| I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1. 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) | **10** | 5 | 0 | **C** |
| 1.2 **Instalaciones sanitarias.** (Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, Artículo 32, Numeral 9 y 11.) | **20** | 10 | 0 | **C** |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | La calificación del bloque corresponde al 30% del total del acta |

| **2. SANEAMIENTO** | **A** | **AR** | **I** | **HALLAZGOS** |
|---|---|---|---|---|
| 2.1 **Control integral de plagas** (Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.) | **30** | | 0 | **C** |
| 2.2 **Suministro y calidad de agua potable** (Decreto 1575 de 2007. Artículo 10 Numeral 3. 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. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9). | **15** | 7,5 | 0 | **C** |

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital



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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2.3 **Manejo de residuos Sólidos y líquidos** (Ley 9 de 1979. Artículo 23. Resolución 2674 de 2013 Art 6 núm. 4.1, 4.2, 5.1, 5.2, 5.3. Art.237 Numerales 1 y 2. ) | **10** | 5 | 0 | **C** |
| 2.4 **Limpieza y desinfección** (Resolución 2674/2013. Artículo 26 Numeral 1) | **10** | 5 | 0 | **C** |
| 2.5 **Soporte Documental de Saneamiento.** (Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26). | **5** | 2,5 | 0 | **C** |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | La calificación del bloque corresponde al 70% del total del acta |

**II. CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA**

| % 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% | |

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

| 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 DE LA AUTORIDAD SANITARIA | POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO |
|---|---|
| Nombre: | Nombre: |
| Tipo de documento: | Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐ |
| Número de documento: | Número de documento: |
| Profesión u oficio: | 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

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