GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	Versión: 0
		Código: M-GS-PP-F136
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS		Fecha: 12/Agos/2019

DEPARTAMENTO DE LA INSCRIPCIÓN	Boyaca	MUNICIPIO DE LA INSCRIPCIÓN	Chiquinquira.	FECHA	17-02-2022
CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	15	CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	176.	Número de Inscripcion	15176901560005-7

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO

(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURIDICA

RAZÓN SOCIAL: UT Chiquinquira Express 2022

NOMBRE COMERCIAL: Bodega UT Chiquinquira Express 2022.

*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT	X	Número de Identificación Tributaria	901560005-7

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: /

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: /

*TIPO DOCUMENTO DE C.C. [ ] C.E [ ] Número de documento /

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN: Calle 19 # 13-25.

Rural [ ] Urbano [X] Barrio [ ] Vereda [ ]

Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: [ ]

TELÉFONO — FAX: — CELULAR: 3014502642

CORREO ELECTRÓNICO: utchiquinquira2022@gmail.com.

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA: Calle 19 # 13-25.

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: — Autoriza la notificación electrónica? SI [ ]

*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Chiquinquira. *DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Boyacá.

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario		
	Cafetería			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante		
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos		
	Jugos, Frutería y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos		
				Ensamble refrigerio			Expendio Bebidas Alcohólicas		
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente	X	Plazas de Mercado	Plaza de Mercado		
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frio			Central de Abasto		

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de SI [ ] NO [ ]

Fecha de última inspección: [ ] Ultimo concepto sanitario emitio: [ ]

Funcionario que realiza Inscripción: Leidy Andrea Pardo.

OBSERVACIONES:

Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: JAVIER PEDOYA	FIRMA:
CÉDULA: 1074464973	EN CALIDAD DE: COORDINADOR

RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)

NOMBRE COMPLETO: Leidy Andrea Pardo	FIRMA:
CÉDULA: 1056482173.	EN CALIDAD DE: Profesional de Apoyo.

Se entrega copia al interesado.

1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numerales 3, 4, 5.1, 7, 8.)*	4	(2)	0	• Se evidencia techo area de almacenamiento en material de difícil limpieza y desinfección. C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4.)*	(5)	2,5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			13/	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.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)*	7	(3,5)	0	• Se evidencian algunas estibas con acumulación de polvo. • Se observan cuchillas y cucharas medidoras con deterioro en area de muestreo. • Se evidencian canastillas con deficientes procesos de limpieza. C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			3,5/.	La calificación del bloque corresponde al 7% del total del acta
3	**PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS**	A	AR	I	**HALLAZGOS**
3.1	**Estado de salud (signos/lesiones).** *(Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	(8)	4	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	(3)	1,5	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.)	(8)	4	0	C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	3	(1,5)	0	• Se observa plan de capacitación generalizado, no acorde a la actividad realizada en cada area. • No se observa con claridad la Intensidad horaria en el plan de capacitación. C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			20,5/.	La calificación del bloque corresponde al 22% del total del acta
	REQUISITOS HIGIENICOS	A	AR	I	**HALLAZGOS**
4.1	**Recepción y requisitos legales.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, Artículo 37. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011.)*	7	(3,5)	0	• Se evidencia en rotulo de spaguetti la fecha de vencimiento y lote no claras. • En rotulo de leche saborizada algunas letras de fecha de vencimiento y lote no son legibles o estan borrosas.
4.2	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 28, numerales 1, 4, 5, 6, 7.)*	(8)	4	0	

GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: M-GS-PP-F-179
ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS		FECHA: 07/Ago/2019

CIUDAD: Chiquinquirá. FECHA: 17-02-2022. ACTA N°: 01.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: ALMACENAMIENTO A TEMPERATURA AMBIENTE [X] DADOR DE FRÍO [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaría de Salud de Boyacá.

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: UT Chiquinquirá Express 2022.

*CÉDULA / NIT: 901560005-7 *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 15176901560005 7

*NOMBRE COMERCIAL: Bodega UT Chiquinquirá Express 2022.

*DIRECCIÓN: Calle 19 # 13-25. MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Boyacá. *MUNICIPIO: Chiquinquirá

Barrio [ ] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál:

TELÉFONOS: 3014502642. FAX:

CORREO ELECTRÓNICO: utchiquinquira2022@gmail.com.

NOMBRE DEL PROPIETARIO:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento:

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Dairo Sandoval

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 19395241.

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Calle 19 # 13-25.

*DEPARTAMENTO: Boyacá. *MUNICIPIO: Chiquinquirá.

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-D 24 horas. *NÚMERO DE TRABAJADORES: 5.

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

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

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 ninguno de 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

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.)*	(4)	2	0		
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2.)*	4	(2)	0	• Se evidencia deterioro de piso en algunas áreas de bodega (Recepción).	C
						C

4.3	**Conservación de los productos.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3 Artículo 27, literales a y c, Artículo 28, numerales 2, 3.)*	8	4	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			19,5	La calificación del bloque corresponde al 23% del total del acta	
5	**SANEAMIENTO**	**A**	**AR**	**I**	**HALLAZGOS**	
5.1	**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. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)*	5	2,5	0		C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	5	2,5	0	• El establecimiento no cuenta con sistema de desagüe.	C
	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				C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 1 y 2. Resolución 2674/2013, Artículo 26 Numeral 1.)*	6	3	0	• El establecimiento no cuenta con area de limpieza y desinfección de los implementos de aseo.	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			25,5	La calificación del bloque corresponde al 31% del total del acta	

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
82,7 ~~0,0~~		FAVORABLE	90-100%
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
		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:
	X	

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del establecimiento:

SE ACLARA QUE LAS CANASTILLAS SUCIAS SON LAS DE PROVEEDOR, LAS CUALES ESTABAN VACIAS Y FUERON DEVUELTA AL PROVEEDOR DE TRUVER.

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 17 del mes de febrero del año 2022 en la Ciudad de Chiquinquirá.

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 DEL PERSONAL QUE REALIZA LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Leidy Andrea Parada	NOMBRE:
CÉDULA: 1036482173	CÉDULA:
CARGO: Profesional de Apoyo	CARGO:
INSTITUCIÓN: Secretaria de Salud Boyaca.	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: JAUTER PEDRAZA	NOMBRE: Sandra Milena Ojeda
CÉDULA: 1024464973	CÉDULA: 1010196709
CARGO: COORDINADOR OPERADOR.	CARGO: Sup. calidad