	PROCESO SALUD PÚBLICA			
	Nombre del Formato: ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO			
	VIGENCIA 14-dic-20	VERSIÓN 01	CÓDIGO MINSALUD - 013	PÁGINA

CIUDAD	PASTO	FECHA	5-04-2022 año / mes /día	ACTA N°	11.298.22-013
Hora Inicio Visita		Hora Terminación Visita		FICHA N°	
	ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD	SECRETARÍA MUNICIPAL DE SALUD			

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial	X	Establecimientos de Espectáculo Público		Establecimientos de Diversión Pública	

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

* RAZÓN SOCIAL	ADRIANA MILENA BOLAÑOS SOLARTE				
* NOMBRE COMERCIAL	SUMINISTROS JOCHBAHID.				
* CÉDULA / NIT	59.311.027				
* DIRECCIÓN	KR 13 N° 18-24	MATRÍCULA MERCANTIL	136363		
* DEPARTAMENTO	NARIÑO	* MUNICIPIO	PASTO		
Barrio	FATIMA	Vereda	-	Comuna	2
Sector	-	Corregimiento	-	Caserío	-
Otro	-	¿Cuál?	-		
TELÉFONOS	315 563.6114.				
CORREO ELECTRÓNICO	- JOCHBAHID@hotmail.com				
NOMBRE DEL PROPIETARIO	ADRIANA MILENA BOLAÑOS				
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*	C.C. X	C.E.	NIT	*Número de documento	59.311.027
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	ADRIANA MILENA BOLAÑOS.				
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. X	C.E.	NIT	*Número de documento	59.311.027
CORREO ELECTRÓNICO	-				
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	KR 13 N° 18-24.				
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACION ELECTRÓNICA:	SI -	NO			
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	-				
* DEPARTAMENTO	NARIÑO	* MUNICIPIO	PASTO.		
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	8AM 12p 2p - 6p	N° DE TRABAJADORES	3		
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS A RIESGOS PROFESIONALES	3				
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	3				
CÓDIGO CIIU.	SI X	NO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD:	6 4759.	

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	año / mes /día	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA			DESFAVORABLE		
			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		

*** 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/ PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS	
		OTRO		Especifique:	

NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO A PQR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento **(C)**	Cuando el establecimiento **cumple la totalidad de los requisitos** descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar.
Cumplimiento Parcial **(CP)**	Cuando el establecimiento no **cumple con la totalidad de los requisitos** descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar.
No Cumplimiento **(NC)**	Cuando el establecimiento **no cumple ninguno de los requisitos** descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar.
Crítico **(CR)**	La casilla "CR" corresponde **cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública** y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica **(NA)**	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC **Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciará como Cumple (C) y se indicará en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)**

REVISIÓN DOCUMENTAL (Marque con una X)

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)	X		
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	X		
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	X		
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.	X		

I. CONDICIONES LOCATIVAS,SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores.mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979).	5	2.5	0		

	PROCESO SALUD PÚBLICA			
	Nombre del Formato: ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO			
VIGENCIA 14-dic-20	VERSIÓN 01	CÓDIGO MINSALUD - 013	PÁGINA	

1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979).	4	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979).	3	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985).	4	2	0		
1.7	La ventilación es adecuada para el usó.(Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	30				La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta.

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (Inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985).	10		0		
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979).	6	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4	2	0		
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	20				La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta.

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo.	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979).	4		0		
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007).	2	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007).	2	1	0		
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable (revisar soportes).(Art 10 Decreto 1575 de 2007).	2	1	0		
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979).	2	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable.	2	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado.	2	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	3	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	2	1	0		
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979).	2	1	0		
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 1979).	5		0		
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	30				La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD - GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017).	4	2	0		
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 de 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985).	3	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia (Art 52 Resolución 14861 de 1985).	2	1	0		
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto lumínica	3	1.5	0		

	PROCESO SALUD PÚBLICA			
	Nombre del Formato: ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO			
	VIGENCIA 14-dic-20	VERSIÓN 01	CÓDIGO MINSALUD - 013	PÁGINA

4.6	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979).	(3)	1.5	0		
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	20				La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
100%	FAVORABLE X	95%-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%
	DESFAVORABLE	< 49,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como **"crítico"**, independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el **CONCEPTO SANITARIO** a emitir será **DESFAVORABLE**, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a **aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD** CORRESPONDIENTE

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 ac ta).

V. OBSERVACIONES

Por parte de la Autoridad Sanitaria:

Por parte de Establecimiento:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO__

☐ Clausura temporal total.	☐ Decomiso.	☐ Vacunación personas o animales
☐ Clausura temporal parcial.	☐ Destrucción o desnaturalización.	☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades
☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios.	☐ Congelación.	☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades.
☐ Suspensión total de trabajos o servicios.	☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles.	☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda.
N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA		

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HÁBILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LÍMITE DE PLAZO	

VIII. 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 _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de **PASTO**.

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			
NOMBRE	OKIDANDO ECHEVERRIA	NOMBRE	
CÉDULA	12914.865	CÉDULA	
CARGO	TEC en Sanitaria	CARGO	
INSTITUCIÓN	S.M.S	INSTITUCIÓN	
FIRMA		FIRMA	
POR PARTE DEL OBJETO DE IVC			
NOMBRE		NOMBRE	
CÉDULA	59.311.072 Pasto	CÉDULA	

Base de Datos Actualizada a 15 de diciembre de 2019

Resultados de la búsqueda concepto sanitario Salud Ambiental.

Nombre establecimiento	Número acta	Barrio	Dirección	Fecha visita	Estado

Rangos de puntajes establecimientos de alimentos

Concepto	Nivel de cumplimiento
Favorable	90-100%
Favorable con requerimientos	60-89.9%
Desfavorable	<59.9%

OBSERVACIÓN

Su establecimiento no tiene pendientes

Nueva Consulta

SECRETARÍA DE SALUD DE PASTO. 20-Jan-2022 (15:08:56)
www.saludpasto.gov.co