SECRETARIA DE SALUD DE PASTO

ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
ESTABLECIMIENTOS DE HOGARES GERIATRICOS O DE LARGA ESTANCIA

La salud es de todos — Minsalud

ALCALDÍA DE PASTO

CIUDAD: Pasto | FECHA: 16/Sept/2023 | ACTA N°: 07500/23 NM

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria Salud Pasto

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL	Fundacion Amparo San Jose		
*CÉDULA / NIT	800020591-9	*NÚMERO DE INSCRIPCIÓN	5200180002591 5
*NOMBRE COMERCIAL	Fundacion Amparo San Jose		
*DIRECCIÓN	Calle 26 N 2 153	MATRICULA MERCANTIL	---
*DEPARTAMENTO	Nariño	*MUNICIPIO	Pasto
Barrio: X	Vereda:	Comuna:	Localidad:
Sector:	Corregimiento:	Caserio:	UPZ:
Otro:	Cuál: Centenario		
TELÉFONOS	7302316	CORREO ELECTRÓNICO	gerenteamparosanjose@hotmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO/ REP LEGAL	Claudia Jimena Ortiz		
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CC X CE NIT	*Número de documento	59820.729
*NOMBRE DEL DIRECTOR	Claudia Jimena Ortiz		
*OCUMENTO DE IDENTIFICACION	CC CE NIT	*Número de documento	59.820.729
CORREO ELECTRÓNICO	gerenteamparosanjose@hotmail.com		
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Calle 26 N 2 153 Pasto		
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:		SI X	NO
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA	gerenteamparosanjose@hotmail.com		
*DEPARTAMENTO	Nariño	*MUNICIPIO	Pasto
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	24h.	N° DE TRABAJADORES: Admón. 11	Operativos -
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS LABORALES	11		
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	11		
CÓDIGO CIIU	SI — NO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	—
INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO:	Numero de Habitaciones: 60		

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año: 16/septiembre/2022	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE: X	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	(8) % 95.5 %
N°ACTA DE ULTIMA VISITA	07008 /22 NM		DESFAVORABLE		
			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS O PENDIENTE		

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	X	SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	
OTRO		Especifique:			

NUMERO 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 a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "C" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medi Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC **Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara 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		
Hojas de Seguridad de las sustancias empleadas labores de limpieza y desinfección y mantenimiento (Articulo 102 de la Ley 9 de 1979)(Art 8 ley 55 de 1993)	X		
El hogar cuenta con concepto sanitario , de acuerdo con la Resolución 2674 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social o norma que la modifique o sustituya, independiente de si los alimentos son preparados en el	X		
Si se requiere 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		
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a la autoridad ambiental)		X	

Scanned with AnyScanner

1. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS Y AREAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, plantas de beneficio, 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)	3	1.5			
1.2	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	3	1.5			se observan fisuras en piso hab 103 sanitarios, hab. 215 enfermeria, piso cuarto pension primer piso
1.3	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos, impermeables de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	3	1.5			se observa humedad, falta de mantenimiento en diferentes areas
1.4	La ventilación natural y artificial es adecuada para el uso (Art 196 y 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5			cubierta deteriorada en periodo hab 310 patrullas
1.5	La iluminación natural y artificial es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	3	1.5			
1.6	El establecimiento cuenta con un ambiente para comedor, contiguo al servicio de cocina, destinado a la toma de los alimentos, suficiente para albergar simultáneamente como mínimo el cincuenta por ciento (50%) de los residentes	2	1			
1.7	El establecimiento cuenta con cocina con los siguientes ambientes: para recepción, almacenamiento de víveres secos, refrigeración para víveres perecederos, despensa diaria, preparación, cocción y distribución de alimentos con cumplimiento de normalividad vigente para inocuidad de alimentos	2	1			
1.8	Las escaleras, rampas son seguras, cuentan con pasamamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	2	1			
1.9	Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas están diseñados, construidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (art 117 de la Ley 9)	2	1			se observan [illegible] electricos sin proteccion en pension hab 111 112 y
1.10	Las áreas de circulación deberán estar claramente demarcadas, tener la amplitud suficiente para el tránsito seguro de las personas y estar provistas de la señalización adecuada y demás medidas necesarias para evitar accidentes (Art 93 ley 9 de 1979) , Los corredores internos se cumple con las disposiciones establecidas en el (Art 46 Resolución 14861 de 1985)	2	1			cubierta presenta goteras
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			18			La calificación del bloque corresponde al ___25___ % del total del acta

2.CONDICIONES SANITARIAS Y DE DORMITORIOS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta , 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 la población beneficiaria (inodoros lavamanos y Ducha). (Art 50 Resolución 14861 de 1985) (Art 188 Ley 9 de 1979)	3	1.5			
2.2	Las habitaciones cuentan con iluminación y ventilación natural adecuada y suficiente, espacio adecuado para desplazamiento de las personas según su autonomía. (Art 196 Y 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5			
2.3	Las habitaciones están diseñadas para albergar un mínimo de personas para la cual fue diseñada (Art 171 ley 9 de 1979)	4				C
2.4	En las habitaciones el mobiliario esta compuesto por guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochero por cama, se encuentran en buen estado y en condiciones optimas de limpieza y aseo.	3	1.5			
2.5	La ropa de cama, lencería, cortinas, persianas se encuentra en buenas condiciones de aseo y limpieza, así como en buen estado (Art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5			
2.6	Los colchones y almohadas están en buen estado de aseo y limpieza, cuentan con elementos para la protección de fluidos corporales en caso de derrame. (Art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5			
2.7	Los baños utilizados por los beneficiarios, se encuentran en buen estado y aseados (Art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5			
2.8	Las habitaciones y baños cuentan con contenedores para la segregación de los generados(Art 199 Ley 9 de 1979)	2	1			
2.9	Dispone de un ambiente independiente con poceta o unidades para lavado y desinfección de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. (Art 207 ley 9 de 1979)	1	0.5			
2.10	El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones, equipo y lencería documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	3	1.5			
2.11	En el área de lavandería se cuenta con las áreas separadas, los equipos, maquinarias y herramientas en buen estado y se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo (Art 91, Art 112 Ley 9 de 1979)	2	1			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			30			La calificación del bloque corresponde al __30____% del total del acta

Scanned with AnyScanner

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 alternativos)	2	1			
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso de agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	3				C
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo (Art 175 y 176 Ley 9 de 1979)	1	0.5			
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 2006)	2	1			
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 2006)	1	0.5			
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otro sistemas alternativos. (Art 36 Ley 9 de 1979)	2	1			
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 (Art 177 Ley 9 1979)	2	1			
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con plan de gestión integral de residuos solidos documentado e implementado	2	1			
3.3.2	Cuenta con área para el almacenamiento de residuos (Art 198 Ley 9 de 1979)	2	1			
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos (Art 199 Ley 9 de 1979)	2	1			Se observan recipientes de residuos ordinarios sin tapa,
	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 79)	2	1			
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 79)	4				C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			2.1			La calificación del bloque corresponde al ___25___% del total del acta

4. PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES- 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)	5	2.5			
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 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5			Falta señalización de algunas áreas (habitaciones)
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5			
4.4	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	4	2			
4.5	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 240 de ley 9 de 1979)	3	1.5			
4.6	El establecimiento cuenta con un área para el almacenamiento seguro de sustancias químicas empleadas. y estas se encuentran rotuladas e identificadas (Art 121 de ley 9 de 1979)	2	1			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			18.5			La calificación del bloque corresponde al ___20___% del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
90.5%	FAVORABLE	95%-100%	X
	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 de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-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 acta

1.2, 1.3, 1.4, 1.4, 3.3.3, 4.2.

Scanned with AnyScanner

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte de Establecimiento:

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

- [ ] Clausura temporal total
- [ ] Clausura temporal parcial
- [ ] Suspensión parcial de trabajos o servicios
- [ ] Suspensión total de trabajos o servicios
- [ ] Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades
- [ ] Decomiso
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Congelación
- [ ] Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
- [ ] Vacunación personas o animales
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- [ ] Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. INFORMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS

¿SE TOMÓ LA MUESTRA? SI [ ] NO [X]

N° DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS

DÍAS HABILES PLAZO	62 dias
FECHA INICIO PLAZO	Septiembre 8/2023
FECHA LIMITE DE PLAZO	Diciembe 8/2023

IX. NOTIFICACIÓN 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 8 del mes de Septiembre del año 2023 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	
FIRMA: Nolsh Moreno Benavides	FIRMA:
NOMBRE: Natali Moreno Benavides	NOMBRE:
CÉDULA: 1085251431	CÉDULA:
CARGO: Tec D Salud	CARGO:
INSTITUCIÓN: S.M.S	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Claudia Jimena Ortiz C	NOMBRE:
CÉDULA: 34.870 979.	CÉDULA:
INSTITUCIÓN: Ampm 9 San Jose.	INSTITUCIÓN:
CARGO: Cajera CES.	CARGO:

Scanned with AnyScanner

invima — Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

PROCESO SALUD PÚBLICA

Nombre del Formato:

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE PREPARACION DE ALIMENTOS

ALCALDÍA DE PASTO

CIUDAD: PASTO — FECHA: — ACTA N°: 013502/22 RM

Hora Inicio visita: — Hora Terminación visita: — FICHA N°: 12

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Restaurante ☐ Cafetería ☐ Panadería ☐ Frutería ☐ Comidas rápidas ☐ Comedores ☐ Cuál:

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: **SECRETARÍA MUNICIPAL DE SALUD PASTO**

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL

*CÉDULA / NIT — *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

*NOMBRE COMERCIAL

*DIRECCIÓN — MATRICULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO: NARIÑO — *MUNICIPIO: PASTO

Barrio ☐ Vereda ☐ Comuna ☐ Localidad ☐ Sector ☐ Corregimiento ☐ Caserío ☐ UPZ ☐

Otro ☐ Cuál:

TELÉFONOS — FAX

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL PROPIETARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ Número de documento

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN

*DEPARTAMENTO — *MUNICIPIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO — *NÚMERO DE TRABAJADORES

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN				% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
		FAVORABLE	☒		
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	☐		
		DESFAVORABLE	☐		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	☒	SOLICITUD DEL INTERESADO	☐	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 cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
No Aplica (NA)	Marque 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 la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION 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)*	(2)	1	0	C
1.2	**Condiciones de pisos y paredes.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2. Artículo 33, Numerales 1, 2 y 3.)*	(2)	1	0	C
1.3	**Techos, iluminación y ventilación.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 3, 4, 5, 7, 8. Artículo 33, Numeral 4.)*	(2)	1	0	C
1.4	**Instalaciones sanitarias.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4; Artículo 32, Numeral 9 y 11.)*	(4)	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	10			La calificación del bloque corresponde al 10% del total del acta

Scanned with AnyScanner

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.)*	5	2.5	0	C
2.2	**Superficies de contacto con el alimento.** (Resolución 2674/2013. Artículo 8; Artículo 9. Numerales 2, 3, 4, 5, 7 y 10; Artículo 34. Artículo 35. Numeral 8 y 10. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013)	7	3.5	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	**Estado de salud.** *(Resolución 2674/2013. Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)*	7	3.5	0	C
3.2	**Reconocimiento médico.** *(Resolución 2674 de 2013. Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	2	1	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.)	7	3.5	0	C
3.4	**Educación y capacitación.** *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	4	2	0	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 20% del total del acta

4	REQUISITOS HIGIENICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	**Control de materias primas e insumos.** *(Decreto 561 de 1984, Art. 89. Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, 4 y 5 ; Artículo 35, Numerales 1, 2 y 3. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	5	2.5	0	C
4.2	**Prevención de la contaminación cruzada.** *(Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numeral 7; Artículo 18, Numeral 7; Artículo 20, Numeral 5; Artículo 35, Numeral 4.)*	9		0	C
4.3	**Manejo de temperaturas.** *(Ley 9 de 1979, Artículo 293, 425. Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 5.)*	7	3.5	0	C
4.4	**Condiciones de almacenamiento.** *(Resoluciones 683/2012, 2674/2013 Artículo 16, Numeral 5 y 6. Artículo 33, Numeral 9.)*	4	2	0	NA C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta

5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	**Suministro y calidad de agua potable.** *(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.)*	7	3.5	0	C
5.2	**Residuos líquidos.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)*	4	2	0	C
5.3	**Residuos sólidos.** *(Resolución 2674/2013 Art. 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Art. 33, Numerales 5, 6 y 7. Art. 18, Numeral 11.)*	4	2	0	C
5.4	**Control integral de plagas.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)*	9		0	C
5.5	**Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios.** *(Resolución 2674/2013 Artículo 6 Numeral 6.5; Artículo 26 Numeral 1)*	7	3.5	0	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				La calificación del bloque corresponde al 33% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con un equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
100 %	X FAVORABLE	90-100%
	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.

Scanned with AnyScanner

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:

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del establecimiento:

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 8 del mes de [illegible] del año 2022 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	
FIRMA: Natalia Marina Benavides	FIRMA:
NOMBRE: Natalia Marina Benavides	NOMBRE:
CÉDULA: 1085251487	CÉDULA:
CARGO: Trab Salud	CARGO:
INSTITUCIÓN: SMS	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: [illegible]	FIRMA:
NOMBRE: Claudia Timaran	NOMBRE:
CÉDULA: 59.820.729	CÉDULA:
CARGO: (Gerente CE)	CARGO:

Scanned with AnyScanner